



**IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA INTERPRETACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, EMPODERANDO A LA COMUNIDAD EN ALIANZA CON LOS ACTORES GUBERNAMENTALES DE LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS**

**Convenio 519 de 2015**  
**Contrato SCON2016-03692**  
**Actualización Documento**  
**Primer Producto**  
**Informe Final**

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
**Viceministro de Salud Pública y  
Prestación de Servicios**

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
**Viceministra de Protección Social**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**ELKIN DE JESÚS OSORIO S.**  
**Director de Promoción y Prevención**

**GINA WATSON LEWIS**  
Representante OPS/OMS Colombia

**WILMER MARQUÍÑO**  
Asesor Internacional OPS/OMS

**ANDRES SUANCA SIERRA**  
Administrador Representación  
OPS/OMS Colombia

**LUCY ARCINIEGAS MILLÁN**  
Oficial de Programas y Gestión de  
Proyectos



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

## REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

**JOSE FERNANDO  
VALDERRAMA VERGARA**  
Subdirector de  
Enfermedades No  
Transmisibles  
MSPS

**DIANA MACELA PLAZAS**  
Seguimiento MSPS

**FRANKLYN PRIETO**  
Consultor Nacional  
OPS/OMS

**ANDREA YANIRA  
RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**  
Profesional a Cargo MSPS

**PATRICIA VEGA MORENO**  
Administradora Convenios  
OPS/OMS

**ANA MARIA PEÑUELA**  
Supervisión MSPS  
**MARIA DEL PILAR DUARTE**  
Seguimiento MSPS

**JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ**  
Seguimiento MSPS

## CONSULTORÍA

### FEDESALUD

### Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Seguridad Social

#### EQUIPO DE CONSULTORES

**Carlos Arturo Sarmiento Limas**  
**Médico, Magister en Salud Pública**

**Luis Carlos Delgado Hernández**  
**Médico, Magister en Administración en Salud**

**Paulina Suárez Chavarro**  
**Socióloga, Magister en Administración de Salud**

**Deisy Arrubla Sánchez**  
**Médica, Doctora en Salud Pública**

**Félix Martínez Martín**  
**Médico, Magister en Salud Pública**

**Camilo Arturo Sarmiento Vega**  
**Maestro en Artes Visuales,**  
**Maestría en Escrituras Creativas**

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

## CONTENIDOS

<b>Referentes .....</b>	<b>8</b>
<b>Abreviaturas utilizadas en el texto.....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>2. MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>12</b>
2.1 Marco Normativo sobre Rendición de Cuentas y Participación de la Comunidad .....	12
2.2 Marco Normativo sobre la formulación del Plan de Desarrollo Territorial, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), la Política de Atención Integral en Salud y las Fuentes de Financiación .....	16
2.2.1 Plan de Desarrollo Territorial.....	16
2.2.2 Plan de Intervenciones Colectivas en Salud.....	21
2.2.3 Política de Atención Integral en Salud PAIS.....	21
2.2.4 Fuentes de Financiación .....	22
2.3 Marco Normativo con relación a las Enfermedades No Transmisibles.....	23
<b>3. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>26</b>
3.1 Marco Conceptual de la Rendición de Cuentas .....	26
3.1.1 <i>La Rendición de Cuentas, la participación comunitaria y la atención al ciudadano</i> .....	28
3.2 Marco Conceptual del Plan de Desarrollo Territorial.....	30
3.3 Marco Conceptual del Plan Decenal de Salud Pública .....	33
3.4 Concepto sobre Estilos de Vida Saludables y las Enfermedades No Transmisibles....	35
3.5 Concepto sobre la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud .....	37
<b>4. MECANISMO PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS CON RELACIÓN A LAS ENT Y EVS.....</b>	<b>39</b>
4.1 Ruta Pedagógica .....	43
4.1.1 <i>Planear la Rendición de Cuentas</i> .....	43
4.1.2 <i>Contenidos de la Rendición de Cuentas en las Enfermedades No Transmisibles</i> .	47
4.1.3 <i>Evento de Rendición de Cuentas</i> .....	48



4.1.4 Evaluación a los procesos de RC en las ENT .....50  
4.1.5 Difusión de los resultados.....50

**5. ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y LOS FACTORES DE RIESGO .....53**

5.1 Fortalecer la Gobernanza local .....54  
5.2 Fortalecer la Estrategia de entornos y estilos de vida saludables .....59  
5.3 Articular Rutas Integrales de Atención en Salud.....64  
5.4 Fortalecer la participación y exigibilidad social .....67

**6. BIBLIOGRAFÍA.....69**

## Referentes

La actualización realizada al documento producto del Convenio 485/2010 realizado por la Fundación SALUTIA titulado: *"Propuesta para el fortalecimiento de la rendición de cuentas en las enfermedades no transmisibles y estilos de vida saludables"*, tiene por objeto la puesta al día de los contenidos, inicialmente esbozados por ellos, con la normatividad expedida en estos últimos años y relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como referente el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en particular la Dimensión 2 de Vida Saludable y Enfermedades No Transmisibles.

Para el abordaje multisectorial de los factores de riesgo asociados a las ENT se tuvo en cuenta el documento: *"Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles"* del Convenio 485/2010 realizado por la Universidad Javeriana; igualmente, la Resolución 518 de 2015 sobre el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud PIC, así como lo relacionado con la Política de Atención Integral en Salud de la Resolución 429 de 2016 y de la Resolución 3202 de 2016 por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

En cuanto a los aspectos específicos de la Rendición de Cuentas, los referentes fueron: *"Manual único de Rendición de Cuentas"* de la Presidencia de la República – Secretaría de Transparencia, del Departamento Administrativo de la Función Pública y del Departamento Nacional de Planeación; así como el documento del Convenio 310/2013 denominado *"Guía para la implementación de la Rendición de Cuentas en enfermedades no transmisibles, en los municipios categoría 4, 5 y 6"* realizado por la Universidad Nacional.

## Abreviaturas utilizadas en el texto

APS:	Atención Primaria en Salud
CICENT:	Comité Intersectorial para el Control de las ENT
CONPES:	Consejo Nacional de Política Económica y Social
COPACO:	Comité de Participación Comunitaria en Salud
CPC:	Constitución Política de Colombia 1991
DM:	Diabetes Mellitus
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Planeación
DNP:	Departamento Nacional de Planeación
DSS:	Determinantes Sociales de Salud
EAPB:	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENT:	Enfermedades No Transmisibles
EPS:	Empresa Promotora de Salud
ESE:	Empresa Social del Estado
EVS:	Estilos de Vida Saludables
ET:	Entidad Territorial
FR:	Factores de Riesgo
HTA:	Hipertensión Arterial
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de salud
MIAS:	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAIS:	Política de Atención Integral en Salud
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
PIC:	Plan de Intervenciones Colectivas en Salud
PND:	Plan Nacional de Desarrollo
PRAP:	Programa de Renovación de la Administración Pública
PTD:	Planes Territoriales de Desarrollo
RC:	Rendición de Cuentas
RIAS:	Rutas Integrales de Atención en Salud
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud

## 1. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la situación de las Enfermedades No Transmisibles ENT en Colombia, que muestra para el periodo 2005-2012 como primera causa de mortalidad general por grandes causas, las enfermedades del sistema circulatorio, en segundo lugar aparece la agrupación de “las demás causas” allí se encuentran la diabetes mellitus y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, y en tercero, se encuentran las neoplasias, esto implica que son las ENT el grupo de enfermedades responsables de las principales causas de mortalidad en el país.

La anterior agrupación de enfermedades se relacionan con factores de riesgo comunes tales como el tabaquismo, el sedentarismo y la dieta malsana, los cuales pueden ser modificables con la oportuna intervención integral multinivel, reconociendo que los diferentes actores de la sociedad inciden favoreciendo los comportamientos de riesgo y que por lo tanto las intervenciones deben efectuarse en forma simultánea con la participación activa de la comunidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, la OMS/OPS mediante el Convenio 519/2015 buscan enfrentar la problemática planteada por las ENT en el país y han suscrito con FEDESALUD un contrato con el fin de lograr apoyo en la implementación de estrategias para la interpretación de la situación de las ENT, empoderando a la comunidad en alianza con los actores gubernamentales en seis municipios como una prueba piloto a ser analizada e implementada en todo el país.

El contenido del presente documento efectúa una actualización de la normatividad expedida en los últimos seis años y que ha incidido en las orientaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo lo relacionado con la participación de la comunidad.

Resalta los aspectos que tienen que ver con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y en particular con la Dimensión 2 de Vida Saludable y Enfermedades No Transmisibles; tiene en cuenta el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud PIC a ser desarrollado por los Municipios e igualmente considera la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral (MIAS), a implementar en los próximos tres años, junto con el Manual Metodológico para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, especialmente las relacionadas con las ENT.

Se presenta adicionalmente un recuento de la normatividad relacionada con los Planes de Desarrollo como un compromiso de la administración en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, partiendo desde el llamado “voto programático” al inscribir las candidaturas para los cargos de elección popular.

Finalmente, se integran los procesos de planeación y rendición de cuentas focalizados en las actividades para el control integral de los factores de riesgo asociados con la aparición de las ENT; el planteamiento de metas e indicadores para el periodo programático de la administración con la participación activa de la comunidad y los actores del sector salud y de otros sectores responsables del bienestar y de condiciones de vida saludables en la población.

## 2. MARCO NORMATIVO

### 2.1 Marco Normativo sobre Rendición de Cuentas y Participación de la Comunidad

En Colombia se asocia el origen de la rendición de cuentas a la Constitución Política de 1991, sin embargo en la década de los ochenta se realizaron acciones dirigidas a establecer la obligación de información del Estado a los ciudadanos y el derecho de éstos al control de los recursos públicos (1). Éste periodo de apertura política incluyó cambios en el ordenamiento político territorial, como la elección popular de alcaldes (2) y la creación de mecanismos de participación, como los Comités de Participación Comunitaria liderados por el sector salud(3), ambos aspectos la oportunidad política y la participación en salud, junto con el ejercicio de control ciudadano, se constituyen en pilares del marco normativo de la Rendición de cuentas.

El desarrollo normativo puede ser ordenado en tres periodos de tiempo: i. Obligación de informar, participación comunitaria y veeduría popular 1980-1990; ii. Obligatoriedad de la evaluación de la gestión pública y del control social 1991-2000; iii. Establecimiento de la rendición de cuentas como un mecanismo de transparencia pública y exigibilidad ciudadana 2001-2016.

i. Obligación de informar, participación en salud y veedurías populares 1980-1990:

Este periodo se caracteriza por la reglamentación sobre la obligatoriedad del Estado colombiano de informar y responder a las demandas de información, así como al establecimiento de espacios de participación política que acompañaron los procesos de descentralización político-administrativa señalados en párrafos anteriores. Un hito en la obligatoriedad de informar es el Decreto 01 de 1984, que estableció el Derecho de petición en interés general y particular (4), y la Ley 57 de 1985 (5) de la cual se resalta el compromiso de los entes territoriales de dar a conocer a través de medios impresos todos los actos administrativos que los ciudadanos deban conocer para informarse y ejercer control. Como se dijo en el año de 1986 se estableció como responsabilidad del sector salud en el nivel municipal la conformación de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), escenarios de planeación sanitaria, seguimiento y control,

permitiendo la participación de la comunidad en la junta directiva de los organismos de salud. En este mismo sentido, el Decreto 1512 de 1989(6) estableció las veedurías populares que ejercieron control sobre la ejecución de programas y contratos de los proyectos de inversión.

## ii. Obligatoriedad de la evaluación de la gestión pública y del control social 1991-2000:

Este periodo se caracteriza por el establecimiento de nuevas formas de comprender la relación Estado-ciudadano, las cuales quedaron consagradas en la Constitución de 1991, mediante la cual se realizó reforma de la administración pública y se generaron instrumentos específicos para el desarrollo del control social.

La CPC de 1991 estableció los mecanismos para el ejercicio de la democracia representativa y participativa. Algunos artículos de la Constitución que posibilitan una mayor comprensión son: Artículo 103º. los diferentes mecanismos para el ejercicio de la democracia representativa son el voto, el plebiscito y el referéndum. El Artículo 23º. donde consagro el derecho de petición como derecho fundamental de los colombianos. Artículo 40º. Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político, los Artículos 83º. sobre la acción de Tutela y 88º. que establece la acción popular. Así como el Artículo 209º. que establece los principios de la administración pública. La CPC se constituye en el marco institucional para el ejercicio de la función pública y a la vez para ejercicio democrático de participación y control social del ciudadano.

En la década de los noventa se legislaron y adoptaron diferentes leyes e instrumentos administrativos en pro del de dar cumplimiento al mandato constitucional, los cuales aportan aspectos centrales para el ejercicio de Rendición de cuentas: la Ley 152 de 1994 (7) que estableció la obligatoriedad de la nación y los territorios de realizar la planeación territorial. Son de especial mención los artículos: Artículo 3º. que establece la participación social como un principio fundamental, y el Artículo 31º. sobre planeación territorial, que establece la potestad de las autoridades indígenas de definir alcances y procedimientos para elaborar, aprobar, ejecutar, evaluar y seguir los planes de acuerdo a sus usos y costumbres.

El Sistema Nacional de Seguimiento a la Gestión y Evaluación de Resultados – SINERGIA-, creado en 1994, estableció las bases para el desarrollo de un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de la gestión pública. Para el desarrollo de este sistema se generó el CONPES 2688 de 1994 que estableció la evaluación de resultados del sector público a nivel nacional (8).

En esta vía el Decreto Ley 2150 de 1995, sentó bases para la supresión trámites, y con ello posibilitó acciones en pro de la gestión en línea.

En esta misma vía se establecieron acciones para fortalecer los procesos de participación ciudadana, la formación de capacidades de la sociedad civil y la promoción y desarrollo del control social como componente de la gestión pública CONPES 2779 de 1995 (9). Finalmente, en el año 1998 la Ley 489 estableció la organización administrativa del Estado colombiano, particularmente el capítulo VIII Democratización y control social de la administración pública, a través de los Artículos 32º. democratización de la gestión y 34º. ejercicio de control social. Estos impusieron la obligatoriedad a las instituciones del Estado de apoyar y estimular el control social.

Referente a la participación social en salud se puede mencionar que el Decreto 1416 de 1990 (10) incorporo a los COPACOs, el jefe de la dirección de salud municipal, las funciones planeación, evaluación y control del gasto así como de información a la comunidad. Estos procesos de participación fueron transformados por la Ley 100 de 1993, y particularmente por el Decreto 1757 de 1995 que diferencio entre participación ciudadana, para indicar las instancias de participación en instituciones prestadoras de salud de carácter público; y la participación comunitaria, instancia a la cual se articuló el COPACO.

iii. Establecimiento de la rendición de cuentas como un mecanismo de transparencia pública y exigibilidad ciudadana 2001-2016:

En este periodo se da continuidad a los procesos de transformación de la función pública, identificándose tres ejes normativos: los relacionados con la gestión a través de medios electrónicos que acompañan a la promulgación de leyes anti tramites y al desarrollo del programa de conectividad; la normativa anticorrupción y con ella la generación de informes de la gestión pública y la formulación de la Rendición de cuentas como mecanismo de control social; y, a partir del año 2010, la promulgación de normativas de planeación territorial y local que permiten articular la Rendición de cuentas como proceso de control social y la planeación en salud, como proceso democratizador, particularmente en el tema de Enfermedades crónicas no transmisibles.

En primera instancia se debe mencionar la formulación del CONPES 3072 de 2000, que tiene entre sus propósitos sistematizar y socializar la información pública usando tecnologías de información. En este mismo año se formuló la Ley 594 la cual estableció los procesos administrativos y estructuras de organización del sistema de archivo del Estado, se resalta el Título VI Acceso y consulta de los documentos, que hace referencia al derecho que tienen los ciudadanos de tener acceso a los documentos públicos. También fue

formulado el decreto 1714 que reglamento el Artículo 32º. de la Ley 489 de 1998 y estableció los pasos para la conformación de los consejos ciudadanos en cada nivel territorial.

En el año 2002 la Ley 734 Código disciplinario único estableció en el título IV capítulo segundo Deberes del servidor público, en particular en los Artículos 36º., 37º. y 39º. la obligatoriedad del servidor público respecto de disponer de la información de la gestión pública en lugares visibles, crear mecanismos para favorecer la solicitud y emisión de información solicitada por los ciudadanos y favorecer los procesos de participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de la gestión pública.

En el año 2003 se regula el Programa de Renovación de la Administración Pública (PRAP) (11) articulado a SINERGIA, que dio continuidad en términos de la exigencia sobre los mecanismos de evaluación de la gestión del Estado, y el fortalecimiento de los sistemas de información pública, y de gobierno electrónico. En este mismo año la Ley 850 sobre la conformación de las veedurías ciudadanas, retoma los principios rectores de las mismas: democratización, la autonomía, la transparencia, la igualdad, la responsabilidad, eficacia, la objetividad y la legalidad, y fortaleciendo el control social.

En pro del fortalecimiento de SINERGIA en el año 2004 se estableció el CONPES 3294, el cual señaló tres componentes: "i) seguimiento a resultados, ii) evaluaciones focalizadas; y iii) difusión de resultados para la rendición de cuentas" (12). Respecto de este último fue visualizado como un mecanismo para fortalecer el control social y la gestión transparente del Estado. En este mismo camino en el año 2005 se legisló, a través de la Ley 962 la obligatoriedad de racionalizar, estandarizar y automatizar los trámites del Estado y disponer en medios electrónicos de acceso público, información pertinente a las funciones de la entidad, trámites y otros de interés del ciudadano.

En el año 2006 se reglamenta a través del Decreto 3851 de 2006 los procedimientos administrativos para dar respuesta al artículo 41 de la Ley 489 de 1998, que estableció la obligatoriedad de disponer para consulta del público en general bases de datos que contengan información oficial básica, de tipo estadístico, geográfico, de personas y territorial. En el año 2008 el Decreto 028 define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones, conformó la Unidad Administrativa Especial de Monitoreo, Seguimiento y Control, que tiene entre otras funciones realizar auditoría sobre la ejecución del presupuesto público territorial. Asimismo, estableció en el Capítulo IV el Control Social, el cual señaló en su Artículo 17º. la obligatoriedad de las

entidades territoriales departamentales y municipales de establecer metas y presentarlas ante el Consejo Municipal o Departamental de Política Social y al Consejo de Planeación; el Artículo 18º. puntualiza la Rendición de Cuentas sobre los resultados de la gestión mínimo una vez al año; Artículo 19º. habla de Rendir Cuentas a los ciudadanos sobre el informe de resultados; y Artículo 20º. sobre realizar consulta pública, para lo cual dispondrán de forma permanente y de acceso permanente información sobre el sistema integral de monitoreo, seguimiento y control.

En el año 2010 el CONPES 3654 establece los conceptos, objetivos y procedimientos básicos para la Rendición de cuentas de la Rama ejecutiva del poder público a los ciudadanos (13). Este ha sido la base de construcción de documentos técnicos como “La propuesta para el fortalecimiento de la rendición de cuentas en enfermedades no transmisibles y estilos de vida saludables”(14), “Guía para implementar la Rendición de Cuentas del sector salud” (15), y el “Manual Único de Rendición de cuentas” de 2014. Se debe advertir que este, el CONPES 3654, es el instrumento normativo y político vigente para el desarrollo del tema.

Se debe citar la Ley 1437 de 2011 que estableció medidas para la atención del ciudadano y la democratización de la administración pública. La Ley 1712 de 2014 estableció los mecanismos para el acceso a la información pública, estableciendo entre otros principios la transparencia, la buena Fe, la no discriminación y la calidad de la información. Así como la Ley 1757 de 2015 que regulo el Derecho Fundamental de Petición, dándole el carácter de Ley Estatutaria.

## **2.2 Marco Normativo sobre la formulación del Plan de Desarrollo Territorial, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), la Política de Atención Integral en Salud y las Fuentes de Financiación**

### **2.2.1 Plan de Desarrollo Territorial**

La CPC establece que los procesos de gestión pública deben ser continuos, participativos y dinámicos, para lo cual deben efectuarse bajo un Plan de Desarrollo que se articule con las políticas, programas y propuestas de los diferentes niveles de gobierno, orientando así la gestión de las entidades territoriales, en este caso podemos focalizar los propósitos del Plan de Desarrollo Territorial en los aspectos relacionados con salud y en particular con las ENT.

El Artículo 259º. de la CPC establece: “Quienes elijan gobernadores y alcaldes, imponen por mandato al elegido el programa que presentó al inscribirse como candidato. La ley reglamentará el ejercicio del voto programático”.

El anterior Artículo se desarrolla con la aparición de la Ley 131 de mayo 9 de 1994, por la cual se reglamenta el “Voto Programático” como el mecanismo de participación mediante el cual los ciudadanos que votan para elegir gobernadores y alcaldes, imponen como mandato al elegido el cumplimiento del programa de gobierno que haya presentado como parte integral en la inscripción de su candidatura.

El Artículo 3º. de la Ley 131 dice: “Los candidatos a ser elegidos popularmente como gobernadores y alcaldes, deberán someter a consideración ciudadana un programa de gobierno, que hará parte integral de la inscripción ante las autoridades electorales respectivas, debiéndose surtir posteriormente su publicación en el órgano oficial de la entidad territorial respectiva, o en su defecto las administraciones departamentales o municipales, ordenarán editar una publicación donde se den a conocer los programas de todos los aspirantes sin perjuicio de su divulgación pública de acuerdo con la reglamentación en materia de uso de medios de comunicación”.

El Artículo 2º de la esta Ley 131, en desarrollo de los artículos 40º. y 103º. de la CPC, habla de la revocatoria del mandato por el incumplimiento del programa de gobierno, como un mecanismo de participación popular.

La Ley 134 de mayo 31 de 1994, establece los mecanismos de participación ciudadana y en el Título VII, Artículo 64º. fija los términos para la Revocatoria del Mandato.

La Ley 136 de junio 2 de 1994 dicta normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios, establece en su Artículo 3º. las funciones del municipio, entre las cuales está Ordenar el desarrollo de su territorio y construir las obras que demande el progreso municipal. Esta Ley 136 es modificada por la Ley 1551 de 2012, la cual establece en el Artículo 6º. como funciones del municipio “Elaborar los Planes de Desarrollo Municipal, en concordancia con el Plan de Desarrollo Departamental y en armonía con el Plan Nacional de Desarrollo”.

La Ley 152 de julio 15 de 1994, o Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, la cual establece los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo de la

Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden. Igualmente, incluye para el Plan Nacional de Desarrollo, la necesidad de contener un plan de inversiones y el presupuesto plurianual para su ejecución.

El Capítulo II habla de un Plan Nacional de Desarrollo, el cual debe estar conformado por una primera parte general con los objetivos y metas nacionales y sectoriales a mediano y largo plazo, así como las estrategias y política en materia económica, social y ambiental para alcanzar lo propuesto; la segunda parte corresponde al Plan de Inversiones, con proyecciones de los recursos financieros, descripción de los programas con sus respectivas metas nacionales, regionales y sectoriales, este incluye los presupuestos plurianuales para la inversión pública y los mecanismos para su ejecución.

El Capítulo VIII se refiere a los Planes de Desarrollo de las entidades territoriales, los cuales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones a mediano y corto plazo. Los planes de desarrollo de las entidades territoriales, sin perjuicio de su autonomía, deberán tener en cuenta para su elaboración las políticas y estrategias del Plan Nacional de Desarrollo para garantizar la coherencia.

Decreto 111 de enero 15 de 1996, "Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto"; en particular el Artículo 8º. se refiere al Plan Operativo Anual de Inversiones, clasificándolo por sectores, órganos y programas. El Departamento Nacional de Planeación preparará un informe regional y departamental del presupuesto inversión para discusión en las comisiones económicas de Senado y Cámara de Representantes

Ley 388 de julio 18 de 1997, sobre la formulación y aprobación del plan de ordenamiento territorial, cuyo objeto es completar la planificación económica y social con la dimensión territorial, racionalizar las intervenciones sobre el territorio y orientar su desarrollo y aprovechamiento sostenible.

El ordenamiento del territorio municipal y distrital se hará tomando en consideración las relaciones intermunicipales, metropolitanas y regionales; deberá atender las condiciones de diversidad étnica y cultural, reconociendo el pluralismo y el respeto a la diferencia; e incorporará instrumentos que permitan regular las dinámicas de transformación territorial de manera que se optimice la utilización de los recursos naturales y humanos para el logro de condiciones de vida dignas para la población actual y las generaciones futuras.

Ley 1122 del 9 de enero de 2007, por la cual se hacen unas modificaciones en el sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establece en su artículo 2º. la Evaluación por Resultados, mediante indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan el SGSSS. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la Ley.

En esta Ley 1122, en su artículo 33º. se habla del Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

Posteriormente, la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 6º. establece el Plan Decenal para la Salud Pública, a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. El Plan definirá los objetivos, metas, acciones, recursos, responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan.

En su artículo 10º. recalca la responsabilidad del Gobierno Nacional en la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción y prevención como pilares dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Tanto el Ministerio como las entidades territoriales establecerán metas e indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Las acciones de salud pública, de promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de APS, de acuerdo al Plan Territorial de Salud. (Artículo 11º.)

La financiación de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención, están establecidas en el Artículo 42º. de esta Ley 1438 de 2011.

Continuando con la Ley 1438, en los Artículos 60º y 61º. se definen las Redes Integradas de Servicios de Salud, como un conjunto de organizaciones que prestan servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda. Dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento de los planes de beneficios.

También se debe mencionar, que la Ley 1551 de 2012 del Nuevo Régimen Municipal, determina acciones en materia de planeación municipal y la destinación de recursos para actividades que contribuyan al bienestar de la comunidad; igualmente contempla la obligación de Publicar los informes de rendición de cuentas en la respectiva página web del municipio.

La Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del SGSSS como del Sistema de Protección Social. Este Plan será implementado y ejecutado por las entidades territoriales, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud.

Estos aspectos van de la mano con la normatividad que establece el proceso de planeación financiera, al respecto la Resolución 4015 del 26 de noviembre de 2013 establece la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales para la salud.

El Decreto 859 del 6 de mayo de 2014, reglamenta el parágrafo 1º. del Artículo 7º. de la Ley 1438 de 2011, creando la estructura, el objeto y la finalidad de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, así como sus Integrantes.

Asimismo, amerita señalar la Ley 1751 de febrero 16 de 2015 que reguló el Derecho Fundamental a la salud y que estableció entre otras funciones del Estado la de la formulación de políticas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, así como realizar acciones de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales. Debe igualmente el Estado realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

## 2.2.2 Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

Las disposiciones relacionadas con la Gestión de la Salud Pública y las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, fueron establecidas mediante Resolución 518 del 24 de febrero de 2015. Allí se menciona que la gestión en salud pública es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada entre los diferentes actores del SGSSS junto con otras reparticiones del Gobierno, organizaciones sociales y privadas, así como con la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud. Define el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) como un plan complementario del Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud a través de intervenciones colectivas o individuales, desarrolladas a lo largo del curso de la vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública.

## 2.2.3 Política de Atención Integral en Salud PAIS

La Resolución No. 1536 de mayo 11 de 2015, establece las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, a cargo de las entidades territoriales y establece las obligaciones de las entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB), de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). La Planeación Integral para la Salud se define como el conjunto de procesos relacionados que permite a las Entidades Territoriales definir acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS)

El Plan Nacional de Desarrollo para el periodo 2014-2018, se establece mediante la Ley 1753 de junio 9 de 2015, bajo la denominación de “Todos por un nuevo país”. El Artículo 65º. oferta al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la Política de Atención Integral en Salud, con los enfoques de: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria; iii) articulación de las actividades individuales y colectivas; iv) enfoque poblacional y diferencial.

La Resolución 429 de febrero 17 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), atiende el derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social, centra el sistema en el ciudadano. Se cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

La Resolución 3202 de julio 25 de 2016, por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones.

Hacen parte de este tipo de RIAS relacionadas con las ENT las siguientes:

- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
- RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.

## 2.2.4 Fuentes de Financiación

Con relación a la financiación de los Planes en el campo de la salud, es la Ley 715 de diciembre 21 de 2001 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los Artículos 151º., 288º., 356º. y 357º. (Acto Legislativo 01 de 2001) de la CPC y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”, que establece en el Título III las competencias en salud de la nación y de las entidades territoriales.

Esta Ley, conocida como el “Sistema General de Participaciones”, establece en su Artículo 47º. el destino de los recursos para la salud: i) subsidio a la demanda (Régimen Subsidiado), ii) subsidio a la oferta (Hospitales - ESEs) y iii) acciones en salud pública (PIC). Los criterios para la asignación de recursos son el 40% por población por atender, el 50% por equidad teniendo en cuenta el NBI y el 10% por eficiencia administrativa. (Artículo 52º).

Igualmente, en el Título IV esta Ley fija los recursos para la Participación en acciones de Propósito General, el Artículo 76º. establece que el municipio

puede invertir estos recursos para: deporte, recreación, cultura, atención a grupos vulnerables, desarrollo comunitario y restaurantes escolares, entre otros.

## **2.3 Marco Normativo con relación a las Enfermedades No Transmisibles**

También se cuenta con una serie de políticas públicas que articuladas al Plan Decenal de Salud constituyen un cuerpo normativo nuclear para la formulación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad respecto de las ENT.

Se debe mencionar en primera instancia la Ley 1335 del 21 de julio de 2009, *"Por medio de la cual se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana"*.

El objeto de esta Ley es contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente a los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley.

La Ley 1355 de octubre 14 de 2009 que *"define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención"*; plantea estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable; estrategias para promover actividad física; para la promoción del transporte activo; regulación para las grasas trans; regulación en grasas saturadas; promoción de una dieta balanceada y saludable; regulación del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos; regulación de la publicidad y mercadeo de alimentos y bebidas en medios de comunicación.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, adoptado mediante Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013, busca avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud, resalta la importancia de la equidad en salud y del

abordaje integral de los Determinantes Sociales de la Salud. Es el fin del PDSP mejorar la calidad de vida de la población mediante estrategias que logren una modificación positiva de los indicadores de salud.

Dentro del PDSP se han definido las Dimensiones Prioritarias, allí se encuentra la “Dimensión 2 Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles”, la cual se define como el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, las familias y la comunidad.

Son objetivos de esta Dimensión focalizados con relación a las Enfermedades No Transmisibles ENT, los siguientes:

- Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que eleve como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las ENT.
- Favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de la vida.
- Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las ENT.
- Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones en salud pública, en coherencia con el marco global y regional para ENT.
- Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ENT y sus determinantes sociales.

Define dos componentes para esta Dimensión:

- i. Modos, condiciones y estilos de vida saludables. Cuyos objetivos buscan promover el desarrollo del marco político que favorezca positivamente las condiciones de vida y bienestar, mediante acciones transectoriales y comunitarias, creando condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales para un mejor control sobre la propia salud, desarrollando acciones para el



fortalecimiento de alianzas para una cultura que promueva y proteja la salud.

- i. Condiciones crónicas prevalentes. Los objetivos de este componente pretenden mejorar la capacidad de respuesta del SGSSS, promoviendo estrategias de servicios socio-sanitarios favoreciendo acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y atención integral de las ENT.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1 Marco Conceptual de la Rendición de Cuentas

El proceso de transformación del Estado, implica pasar de la democracia representativa a la democracia participativa, e incorporar instrumentos de gestión que abran oportunidades políticas, para que los ciudadanos participen en la formulación, aplicación y evaluación de las políticas públicas. Estos instrumentos forman un solo cuerpo conocido como herramientas del control social de la administración pública, siendo la rendición de cuentas y el control social dos caras de la misma moneda, aunque el primero no abarca la potencialidad del segundo. El control social como práctica societal es asociado a la institucionalización, pero su nacimiento puede darse articulado desde las instituciones estatales o desde la sociedad civil como procesos transformadores de la realidad social (16). Para Breihl el control social es “participación concreta del pueblo organizado en la evaluación y ajuste de los procesos en su conjunto, y en los escenarios de toma de decisiones, sobretodo en aquellos en que se decide sobre la asignación de recurso y presupuestos” (17).

Respecto de la rendición de cuentas no existe un único concepto, pero hay acuerdo que conlleva la implicación ética y legal del gobernante de informar a los gobernados acerca del uso de los recursos públicos, el cual debe ser destinado a cubrir las necesidades de la población (13,16,18,19). Colombia mediante el CONPES 3654 de 2010 adoptó la figura de Rendición de cuentas social, para diferenciar el proceso político-administrativo de otro tipo de Rendición de cuentas como el judicial. La definición presentada por el CONPES 3654 de 2010 (13) y retomada por el Manual Único de rendición Cuentas(20) identifica dos dimensiones: la obligatoriedad de informar y explicar a otros sus actos; y el conjunto de estructuras, prácticas y resultados mediante las cuales las instituciones del Estado y los servidores públicos informan, explican y enfrentan premios o sanciones por sus actos. Es decir que la rendición de cuentas forma parte de los mecanismos de vigilancia pública.

En el ámbito internacional identifican instrumentos que establecen el deber del Estado respecto de los procesos de control social, de manera sucinta se pueden citar la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, la Declaración de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las

Conferencias en contra de la discriminación étnico/racial o de género. En el campo de la salud, las Conferencias de Salud desde Alma Ata en 1978 , de manera particular y explícita Conferencia Mundial sobre determinantes sociales en Rio de Janeiro 2011 (21).

La participación de la ciudadanía es consagrada como un derecho humano universal. El desarrollo de ésta es fundamental para el logro de las democracias participativas, las cuales se generan como respuesta a las limitantes de la democracia representativa. La rendición de cuentas en salud requiere de la participación de los ciudadanos para el logro de los objetivos de la misma, esto ha sido propuesto desde Alma Ata en 1978 “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (22)

Lo anterior implica que la ciudadanía realice acciones de observación y evaluación de los asuntos públicos (1). En el caso que nos interesa, esto se traduce en acciones concretas de monitoreo participativo de los procesos de salud que protegen o deterioran la salud de la población en términos de ENT (17).

El monitoreo participativo es la mirada permanente de la colectividad organizada sobre los procesos de los que dependen su bienestar, su funcionamiento democrático y la reproducción de sus conquistas materiales, culturales y humanas. El monitoreo se realiza sobre indicadores o procesos trazadores de cada uno de los dominios, dimensiones, determinantes estructurales [...] (17) p.942

La literatura señala los aportes de la rendición de cuentas en la construcción de procesos democráticos, ésta permite construir lazos entre la sociedad civil y los gobernantes en pro del logro de propósitos que respondan a la necesidad de las poblaciones (1,23). Para esto se requiere que los procesos sociales se fortalezcan para el desarrollo del control social. Es decir, es importante incentivar la construcción de capacidades para la organización social de base, la comprensión del proceso democrático y del proceso de salud-enfermedad de las poblaciones relacionadas con las ENT. Para llevar a cabo la rendición de cuentas se sugiere (13):

- La información: se debe posibilitar que los ciudadanos identifiquen los aspectos que consideran pertinentes para su información, estos deben posibilitar una clara comprensión del perfil epidemiológico, de las acciones de planeación, cumplimiento metas, y presupuesto respecto de las ENT. La información debe ser presentada en un lenguaje claro y de fácil comprensión.

- Dialogo: establecimiento espacios con la ciudadanía para dar cuenta de las acciones y retroalimentar la gestión pública realizada. Este se debe establecer sobre el principio de interculturalidad, el cual presupone equidad de derechos; reconocimiento y respeto por la cultura de los(as) otros(as); así como reconocimiento de características sociales y metas estratégicas socialmente compaginadas(13)
- Establecimiento de incentivos.

Se suma el proceso de formación en derechos humanos, mecanismos de exigibilidad social y de los instrumentos del gobierno colombiano respecto de la rendición de cuentas, las formas de participación social en salud y la exigibilidad del derecho a la salud.

### **3.1.1 La Rendición de Cuentas, la participación comunitaria y la atención al ciudadano**

El documento CONPES 3654 de 2010, manifiesta que la *“Rendición de Cuentas es la obligación de un actor de informar y explicar sus acciones a otro(s) que tiene el derecho de exigirla, debido a la presencia de una relación de poder, y la posibilidad de imponer algún tipo de sanción por un comportamiento inadecuado o de premiar un comportamiento destacado.”*

En consecuencia podemos reiterar que rendición de cuentas es la obligación y una buena práctica de gestión de un actor de informar y explicar sus acciones a otros, que igualmente tienen el derecho de exigirla, en términos políticos y basados en la organización del Estado.

El proceso de Rendición de Cuentas entonces se realiza a través de un conjunto de estructuras, prácticas y resultados que permiten a los servidores públicos interactuar con otras instituciones estatales, organismos internacionales, la comunidad, ciudadanos y sociedad civil en general..

Este proceso tiene como finalidad la búsqueda de la transparencia en la gestión de la administración Pública y a partir de allí lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno, eficiencia, eficacia y transparencia, en la cotidianidad del servidor público

Con la rendición de cuentas se quiere generar una cultura en los servidores públicos sobre este aspecto, para que asuman este proceso como una condición propia de su servicio, así como incentivar la participación activa de los ciudadanos, las organizaciones comunitarias y la sociedad en general en la respectiva localidad.

La cultura de Rendición de Cuentas implica tres elementos fundamentales: información, diálogo e incentivos.

Los ciudadanos y comunidad deben determinar en diálogo conjunto, qué información se requiere y por cuáles medios las quieren conocer.

Con lo anterior se materializa el proceso de rendición de cuentas sobre las ENT el cual se demarca en el presente documento mediante una ruta pedagógica que puede aplicarse en cualquier localidad.

Esta ruta contiene tres (3) elementos básicos:

- Información de calidad y lenguaje claro sobre la ejecución de los programas relacionados con las ENT.
- Diálogo con la comunidad y el ciudadano para explicar, escuchar y retroalimentar la gestión.
- Incentivos a los servidores públicos y a los ciudadanos por su participación en el control de los programas realizados con la comunidad sobre las ENT

Se concluye que la rendición de cuentas sobre las ENT se constituye en una expresión de control por parte de la comunidad y los ciudadanos de una localidad

Para entender un poco más la importancia de la participación de la comunidad y el ciudadano en la RC sobre las ENT, es importante dar una mirada al concepto de participación en salud en el marco del SGSSS en salud, el cual concibe la participación social como: "El proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social".

La participación social comprende:

- a. La participación ciudadana, como el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la

- salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.
- b. La participación comunitaria, como el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.
  - c. El Comité de Usuarios, en las Instituciones del SGSSS, busca la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

En consecuencia, la participación de la comunidad y del ciudadano en la prevención de los riesgos de las ENT, " consumo de alcohol, exposición al humo de tabaco, dieta malsana e inactividad física", se constituye en la estrategia fundamental, que facilita al nivel administrativo de la localidad, la interacción permanente entre estos, los ciudadanos y población en general.

Lo anterior con el propósito de reconocer sus organizaciones, educarlas y estimular su participación en la planeación, gestión y seguimiento de las acciones que se desarrollen en la localidad, con miras a promover estilos y condiciones de vida saludables donde el control de los riesgos de las enfermedades no transmisibles, son prioritarios.

La comunidad toma parte en la prevención de los riesgos de las ENT, por medio de diferentes organizaciones de la localidad tales como: Comités de Salud, Juntas de Salud, Comités de Nutrición, Asociaciones de Desarrollo Comunitario, Comités de Acueductos Rurales, Juntas de Educación, Patronatos Escolares, Asociaciones Deportivas, Comités de Caminos Vecinales, Asociaciones, Culturales, Comités de la Tercera Edad, Asociaciones para la Protección del Ambiente, Juntas de acción comunal, entre otras.

*[..]el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. DECLARACION DE ALMA ATA URSS, septiembre de 1978.(22)*

### **3.2 Marco Conceptual del Plan de Desarrollo Territorial**

*Planear es el proceso para decidir las acciones que deben realizarse en el futuro, generalmente el proceso de planeación consiste en*

*considerar las diferentes alternativas en el curso de las acciones y decidir cual de ellas es la mejor(24)*

La teoría neoclásica de la administración toma los elementos propuestos por Fayol para el proceso administrativo (Prever, Organizar, Ordenar, Coordinar y Controlar), se habla entonces que las funciones administrativas son las de Planeación, Organización, Dirección y Control.

Se considera la Planeación como la función esencial y soporte de las demás funciones. Para Chiavenato la Planeación es la función que determina por anticipado cuáles objetivos deben alcanzarse y qué debe hacerse para conseguirlos, continua diciendo que la planeación determina a dónde se pretende llegar, qué debe hacerse, cuándo, cómo y en qué orden. La Planeación define la misión, formula objetivos, programa actividades; la Organización asigna actividades, asigna los recursos, define autoridad y responsabilidades; la Dirección coordina, lidera, motiva y orienta; y el Control define estándares, monitorea y evalúa el desempeño para emprender acciones correctivas (25).

Partiendo de los conceptos de administración y en particular de la función de Planeación, se puede considerar que formular un "Plan de Desarrollo" en un determinado territorio o región busca fundamentalmente promover el desarrollo social, dando solución a las necesidades insatisfechas en los diferentes campos del bienestar, para mejorar así la calidad de vida de la población. Con este propósito aparece en nuestro país la necesidad de formular los Planes de Desarrollo.

En el Capítulo 2 de la CPC, artículo 339º. (Modificado por el art. 2, Acto Legislativo 003 de 2011), "Habrá un Plan Nacional de Desarrollo conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalarán los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el Gobierno.

El plan de inversiones públicas contendrá los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución, dentro de un marco que garantice la sostenibilidad fiscal. Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las

entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo”.

La CPC establece la formulación de Planes de Desarrollo Territorial, tanto para el departamento como para el municipio.

*"Los departamentos tienen autonomía para la administración de los asuntos seccionales y la planificación y promoción del desarrollo económico y social dentro de su territorio en los términos establecidos por la Constitución. Los departamentos ejercen funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los Municipios y de prestación de los servicios que determinen la Constitución y las leyes. La ley reglamentará lo relacionado con el ejercicio de las atribuciones que la Constitución les otorga" (Artículo 298°).*

*"Al municipio como entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que le asignen la Constitución y las leyes." (Artículo 311°).*

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) determina las pautas de los Planes Territoriales de Desarrollo (PTD), en periodos programáticos de cuatro años correspondientes a los periodos de las administraciones a nivel nacional, departamental, distrital y municipal. Los Planes deben tener coherencia con la Nación, el Departamento y con las necesidades municipales.

Los planes territoriales de desarrollo, deberán garantizar el uso eficiente de los recursos y el desempeño adecuado de sus funciones, siguiendo los parámetros establecidos para el Nivel Nacional, siendo el Gobernador el responsable para la formulación del plan departamental y el Alcalde para el plan municipal, debiendo presentar informe anual de su ejecución ante la Asamblea o el Consejo, respectivamente.

La planeación para las acciones administrativas se plantea en Colombia desde la CPC de 1991, pues los candidatos para Presidente, Gobernador o Alcalde deberán presentar para su inscripción un programa de gobierno conocido como "Voto Programático" el cual se debe revisar y ajustar en caso de ser elegido para que se articule con el Plan de Desarrollo respectivo. El incumplimiento del programa propuesto por el candidato elegido puede llevar a la revocatoria del mandato, por lo que es una gran responsabilidad el formular el Plan Territorial y el velar por su cumplimiento.

Por lo tanto el Plan de Desarrollo Territorial se constituye para las autoridades administrativas durante su tiempo de gobierno en un instrumento de planificación, con objetivos, programas y metas, con el debido respaldo financiero de los recursos públicos con los que cuentan las entidades,

Particularizando, dentro de los Planes de Desarrollo se contemplan las acciones relacionadas con la condición de salud de la población, el Plan Nacional de Desarrollo direcciona, con las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, el accionar que se debe cumplir en los territorios adecuándolo a sus particularidades; la guía para el sector salud corresponde al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, considerado como un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida de los ciudadanos colombianos, este PDSP se constituye en la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos en salud pública y para consolidar en el ámbito nacional y territorial la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones individuales y colectivas que involucren al sector salud y a otros sectores responsables del bienestar de la población.

### **3.3 Marco Conceptual del Plan Decenal de Salud Pública**

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 incorpora diferentes enfoques:

- De Derechos
- De perspectiva de género y ciclo de vida: persona mayor, adultez, juventud y niñez
- Diferencial por necesidades específicas de la población
- De Determinantes Sociales de Salud DSS

Igualmente, el PDSP hace un abordaje por Dimensiones Prioritarias que representan aspectos fundamentales para los logros de la salud, estas tienen cuatro puntos de entrada: Curso de vida, Eventos en salud, Diferenciales desde sujetos y colectivos, y la Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud.

Allí se encuentra la “Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles”, la cual se define como el conjunto de políticas e

intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, las familias y la comunidad.

Son objetivos de esta Dimensión focalizados con relación a las Enfermedades No Transmisibles ENT, los siguientes:

- Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que eleve como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las ENT.
- Favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de la vida.
- Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las ENT.
- Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones en salud pública, en coherencia con el marco global y regional para ENT.
- Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ENT y sus determinantes sociales.

Define dos componentes para esta Dimensión:

- i. Modos, condiciones y estilos de vida saludables. Cuyos objetivos buscan promover el desarrollo del marco político que favorezca positivamente las condiciones de vida y bienestar, mediante acciones transectoriales y comunitarias, creando condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales para un mejor control sobre la propia salud, desarrollando acciones para el fortalecimiento de alianzas para una cultura que promueva y proteja la salud.

Algunas de las metas fijadas en este componente para las entidades municipales para el año 2021 son las siguientes: reducir el tabaquismo, posponer la edad de inicio del consumo de tabaco, ambientes 100% libres de humo, incrementar el consumo diario de frutas y verduras, incluir mínimo 300 minutos de actividad física a la semana, incrementar actividad física global en población de 13 a 64 años, incrementar el tiempo dedicado y la calidad para la actividad física en todo el sistema educativo, implementar la estrategia Once para la salud en las instituciones educativas; mantener por debajo del

12% el consumo nocivo de alcohol, posponer la edad de inicio de consumo de alcohol; incrementar las prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las ENT.

- ii. Condiciones crónicas prevalentes. Los objetivos de este componente pretenden mejorar la capacidad de respuesta del SGSSS, promoviendo estrategias de servicios socio-sanitarios favoreciendo acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y atención integral de las ENT.

Algunas de las metas fijadas en este componente para las entidades municipales para el año 2021 son las siguientes: incrementar en un 20% las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT; reducir en un 25% la hipertensión arterial en mayores de 25 años; reducir los niveles aumentados de colesterol total; aumentar el acceso a terapia farmacológica y asesoría para personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular; mantener el 85% de las personas sin enfermedad renal o en estadio 1 y 2, a pesar de tener enfermedades precursoras (hipertensión y diabetes),; desarrollo de programas de estilos de vida saludable para personas mayores en los centros días y centros de protección.

### **3.4 Concepto sobre Estilos de Vida Saludables y las Enfermedades No Transmisibles**

Los estilos de vida saludables tienen son aquellos hábitos y costumbres que el individuo realiza en su diario vivir para mantener un estado de bienestar y el disfrute de una buena salud.

Los entornos saludables son definidos por el Ministerio de Salud como el conjunto de actividades e intervenciones intersectoriales de carácter promocional, preventivo y participativo que se desarrollan para ofrecer a las personas protección frente a las amenazas para la salud y a su vez permitirles ampliar sus conocimientos y capacidades para identificar los riesgos y actuar oportunamente frente a ellos. Hacen parte del entorno los lugares donde viven las personas, lugar de trabajo, sitios de estudio y de esparcimiento, entre otros.

Las Enfermedades No Transmisibles ENT son definidas por la Organización Mundial de la Salud OMS<sup>1</sup> como las enfermedades crónicas que no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración, evolución lenta. Entre las principales ENT se encuentran las enfermedades cardiovasculares (infarto agudo del miocardio y accidentes cerebrovasculares) y la diabetes. Estas enfermedades se ven favorecidas por la presencia de factores de riesgo intermedios tales como la tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia y obesidad.

Otro concepto sobre las Enfermedades Crónicas las define como “un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo, con algunas excepciones su origen no es contagioso”( 26,27).

Existen factores de riesgo comportamentales que aumentan el riesgo de las ENT, pero que pueden ser modificables, tales como el consumo de tabaco, el sedentarismo, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol. Estos comportamientos no saludables propician cambios metabólicos/fisiológicos que aumentan el riesgo de ENT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia.

Se puede enfrentar el problema de las ENT mediante la prevención y control, consistente en reducir los factores de riesgo asociados, mediante un abordaje integral y utilizando la estrategia de atención primaria en salud.

De conformidad con el Análisis de la Situación de Salud de Colombia 2013 (28), en el periodo comprendido entre el año 2005 y el 2012, la principal causa de mortalidad general la constituyeron las enfermedades del sistema circulatorio, causaron el 29,8% de las defunciones (466.665 muertos). En este mismo periodo de estudio, la primera causa de fallecimiento en hombres fueron las enfermedades del sistema circulatorio con el 26,8% del total de defunciones en este sexo (240.349 fallecidos); en las mujeres también la primera causa de mortalidad del periodo lo constituyeron las enfermedades del sistema circulatorio con el 33,9% del total de las muertes (226.315 fallecimientos).

Las Enfermedades Isquémicas del corazón produjeron el 48,6% de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio (226.654 defunciones), las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 23,8% de las muertes

---

<sup>1</sup> OMS Enfermedades No Transmisibles (ENT), Nota descriptiva Enero de 2015.

(111.255 defunciones). Las enfermedades hipertensivas causaron el 10,2% de las muertes de este grupo (47.417 defunciones).

Se anota que para el año 2012 los departamentos de Caldas, Meta, Quindío y Tolima tuvieron tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio significativamente más altas que el promedio nacional. Igualmente, para este mismo año los departamentos de Caldas, Meta, Quindío, Risaralda, Tolima y Arauca tuvieron tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres significativamente más altas que la nacional. Los departamentos con tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres significativamente más altas que la nacional fueron Caldas, Meta, Norte de Santander y Tolima.

Respecto a las Intervenciones para reducir Factores de Riesgo (FR) asociados a la presencia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), el documento de referencia para plantear las intervenciones sobre los FR y las ENT, es producto del trabajo de la Universidad Javeriana en el Convenio de Cooperación 485/2010 firmado con el Ministerio de Salud y Protección social y la Organización Panamericana de la Salud.

Allí se habla de la importancia de enfrentar dichos FR de una manera integral con la participación de diferentes sectores sociales y económicos de la sociedad, para poder impactar positivamente los determinantes de la salud, lo que lleva al planteamiento de políticas públicas articuladas para conseguir el fin.

### **3.5 Concepto sobre la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud**

La política PAIS surge formalmente teniendo en cuenta el desarrollo del SGSSS y las necesidades de garantizar el derecho fundamental a la salud, siendo una acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para promover la creación de un ambiente sano y saludable en pro del mejoramiento de la salud, garantizando el acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios, privilegiando las acciones preventivas con el enfoque de atención primaria y de medicina familiar y comunitaria.

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, habla de una política de salud para el SGSSS con el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, teniendo en cuenta las particularidades de cada territorio; en este sentido aparece la Resolución 429 de febrero 17 de 2016 por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, cuyo objetivo es generar mejores

condiciones de salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de la atención de la promoción, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La PAIS cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que bajo condiciones de equidad centra su visión en las personas, hace partícipe y responsable de su implementación a las Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de cualquier naturaleza, demás entidades del sector salud y de otros sectores, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Surgen dentro del MIAS las rutas integrales de atención en salud RIAS para cumplir con los propósitos de la política, así como el concepto de la gestión integral de riesgo en salud GIRS, comprende la coordinación, monitoreo, ajuste de las acciones sobre los grupos de riesgo, para controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, para prevenir las enfermedades. Para brindar la atención se contará con las redes integrales de prestadores de servicios de salud RED, tanto del sector público como privado, ubicados en el ámbito territorial con un componente primario y un componente complementario, que garanticen el acceso y la atención oportuna y resolutive a la población.

## 4. MECANISMO PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS CON RELACIÓN A LAS ENT Y EVS

*La RC a nivel local "Es la responsabilidad permanente durante todo el ciclo de la gestión del alcalde, para informar sobre los avances y retos en los procesos de Planeación, Ejecución, seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo Municipal en lo correspondientes al Plan local de salud relacionados con las ENT". (20)*

El presente Capítulo, contiene orientaciones operativas importantes y necesarias, en lo que respecta a la RC a la comunidad y sus organizaciones sociales, sobre los programas y actividades relacionadas con las ENT en cada entidad territorial.

Se trata de hacer de la RC sobre las ENT, un acto sencillo de socialización y diálogo permanente y continuo entre el Alcalde, la ciudadanía y sus organizaciones, sobre la gestión de los programas tendientes a disminuir los riesgos, teniendo identificados los FR y sus determinantes sociales, para así fomentar los factores protectores (FP) frente a las mismas, igualmente se debe escuchar a la ciudadanía y sus organizaciones, en cuanto a sus expectativas y sugerencias para implementar planes de mejoramiento, en lo que fuere necesario y enseñarles a aplicar, desde las primeras edades, todo lo concerniente a los entornos y estilos de vida saludable, en su vida diaria.

En el documento CONPES 3654/2010 se indica que en su acepción general la rendición de cuentas es la obligación de un actor de informar y explicar sus acciones a otro(s) que tiene el derecho de exigirla, debido a la presencia de una relación de poder, y la posibilidad de imponer algún tipo de sanción por un comportamiento inadecuado o de premiar un comportamiento destacado.

En términos políticos y de la estructura del Estado, la RC es el conjunto de estructuras (conjunto de normas jurídicas y de instituciones responsables de informar, explicar y enfrentar premios o sanciones por sus actos), prácticas (acciones concretas adelantadas por las instituciones, los servidores públicos, la sociedad civil y la ciudadanía en general) y resultados (productos y consecuencias generados a partir de las prácticas) mediante los cuales, las organizaciones estatales y los servidores públicos informan, explican y enfrentan premios o sanciones por sus actos a otras instituciones públicas, organismos internacionales y a los ciudadanos y la

sociedad civil, quienes tienen el derecho de recibir información y explicaciones y la capacidad de imponer sanciones o premios, al menos simbólicos (20).

Para materializar el proceso de adopción de una cultura de Rendición de Cuentas en las entidades públicas se hace necesario diseñar una ruta para que sea aplicada en la entidad, con los elementos básicos de la Rendición de cuentas:

- Información (clara, sencilla y precisa) de la gestión,
- Dialogo (Explicar, escuchar y retroalimentar) e
- Incentivos.

Según la Función Pública y el Departamento Nacional de Planeación, los siguientes son los elementos a tener en cuenta el la RC:

i. Presupuesto

*Ejecución Presupuestal*

- Presupuesto de ingresos y gastos (funcionamiento, inversión y servicio de la deuda) en ejercicio detallado de la vigencia (apropiaciones iniciales y finales, % de recursos ejecutados en ingresos y compromisos y obligaciones en gastos).
- Comparativo con respecto al mismo período del año anterior.
- Porcentaje (%) de recursos ejecutados (ingresos y gastos) a la fecha.
- Comparativo (agregado) con respecto al mismo período del año anterior.

*Estados Financieros*

- Estados financieros de las últimas dos vigencias, con corte a diciembre del año respectivo.

ii. Cumplimiento de metas

*Plan de Acción*

- Objetivos, estrategias, proyectos, metas, responsables, planes generales de compras y distribución presupuestal de sus proyectos de inversión.
- Mención de proyectos y programas en ejecución a la fecha y los proyectos y programas a ejecutar por la entidad durante el resto de la vigencia.

#### *Programas y proyectos en ejecución*

- Plan operativo anual de inversiones o el instrumento donde se consignen los proyectos de inversión o programas que se ejecuten en cada vigencia.
- Porcentaje (%) de avance en las metas dentro de los proyectos y programas en ejecución, a la fecha.

### iii. Gestión

#### *Informe de gestión*

- Informe del grado de avance de las Políticas de Desarrollo Administrativo del modelo Integrado de Planeación y Gestión: Gestión misional y de gobierno. Transparencia, participación y servicio al ciudadano. Gestión del Talento Humano. Eficiencia Administrativa. Gestión Financiera.
- Información al instante de acciones de gestión de la entidad.
- Aporte al cumplimiento en meta de gestión y al desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

#### *Metas e Indicadores de Gestión*

- Metas e indicadores de gestión y/o desempeño, de acuerdo con su planeación estratégica.
- Porcentaje (%) de avance de las metas, indicadores de gestión y/o desempeño, de acuerdo con su planeación estratégica, a la fecha.

#### *Informes de las entidades de Control que vigilan a la entidad*

- Relación de todas las entidades que vigilan y los mecanismos de control que existen al interior y al exterior para hacer un seguimiento efectivo sobre la gestión de la misma.
- Concepto de los informes de los organismos que controlan la entidad. Plan de acción de la entidad ante la calificación.

#### iv. Contratación

*Procesos contractuales: relación y estado de los procesos de contratación*

- Relación y estado de los procesos contractuales. Información actualizada de los procesos de contratación.

*Gestión contractual*

- Número y valor de los contratos terminados y en ejecución.
- Información actualizada de los contratos: objeto, monto y estado

#### v. Impactos de la Gestión

*Cambios en el sector o en la población beneficiaria*

- A partir de las evaluaciones realizadas, informar sobre los cambios concretos que ha tenido la población o la ciudadanía en el sector o en el territorio.
- Información sobre la mejora de la condición de bienestar general de los ciudadanos.

#### vi. Acciones de mejoramiento de la entidad

*Planes de mejoramiento*

- Información sobre las acciones y la elaboración de planes de mejoramiento a partir de los múltiples requerimientos: informes de organismos de control, PQRS, jornadas de rendición de cuentas.

Se deben tener en cuenta los cuatro pasos recomendados en el Manual Único de Rendición de Cuentas (20), los cuales son:

1.- *Análisis del Estado de la RC.* Permitirá contar con los principales insumos para diseñar la estrategia de rendición de cuentas: Diagnóstico, Caracterización de ciudadanos y grupos de interés, Identificación de necesidades de información para los actores y precisión de la Capacidad operativa y la Disponibilidad de recursos para la misma.

2.- *Diseño de la Estrategia de RC.* Definición del objetivo, Elección de las acciones para la generación y divulgación de la información, Elección de acciones para promover el diálogo, Elección de acciones de incentivos y elaboración de cronograma de actividades.

3.- *Implementación y desarrollo de la estrategia de RC.* Esto es la puesta en marcha de las decisiones y acciones elegidas para el cumplimiento de los objetivos y metas trazados.

4.- *Evaluación y Seguimiento.* Dentro del cual se encuentran las acciones de:

- Evaluación de cada acción,
- Evaluación de la estrategia en su conjunto,
- Informe general de RC, y
- Evaluaciones externas.

## **4.1 Ruta Pedagógica**

Los siguientes pasos metodológicos aplican para los diferentes municipios del país, es importante tener en cuenta que para los municipios categorías 1, 2 y 3, la responsabilidad de la rendición de cuentas podrá ser liderada por la Secretaria de Salud correspondiente, área de Salud Pública - Promoción y Prevención-; para las localidades categorías 4, 5 y 6 podrá ser liderada directamente por el alcalde o su delegado(15)

### **4.1.1 Planear la Rendición de Cuentas**

*Alistamiento Institucional:*

Conformar un Equipo de Trabajo multidisciplinario o Comité Intersectorial para el control de las Enfermedades No Transmisibles (CICENT) y asignar las responsabilidades con relación a la rendición de cuentas, teniendo en cuenta los compromisos asumidos por cada sector de la administración municipal de acuerdo con sus funciones y responsabilidades institucionales,

tanto en la fase de diagnóstico como en la de programación de actividades relacionadas con las ENT (15)

Este equipo de trabajo podrá estar integrado por lo tanto, con representantes de los diferentes sectores responsables del desarrollo de actividades sobre prevención de riesgos de las ENT, incluye dependencias municipales encargadas de Salud, Planeación, Control Interno, Prensa o Comunicaciones, Participación ciudadana, Atención al ciudadano o de quien haga sus veces, etc. Igualmente, a los particulares del SGSSS responsables de la atención en salud: EAPB, EPS e IPS, así como a los representantes de la comunidad COPACOs, Comités y/o asociaciones de Usuarios y veedurías ciudadanas.

En los municipios donde existe el Comité de Transparencia, este puede constituirse en el grupo líder de rendición de cuentas de las ENT, con el aporte de los demás sectores.

Es recomendable institucionalizar la creación del Equipo de Rendición de Cuentas de las ENT mediante un acto administrativo (Acuerdo, Resolución, Directiva).

Conformado el CICIENT, este debe definir un plan de trabajo el cual debe contener: Objetivos, actividades, responsables, recursos (disponibles y requeridos y la estrategia para gestionarlos), cronograma de actividades para desarrollar el proceso de rendición de cuentas.

#### *Capacitación al Comité Intersectorial para el control de las ENT:*

Es importante que los funcionarios que hacen parte del CICIENT, asuman su responsabilidad frente al tema de RC de las ENT, para lo cual se sugiere adelantar jornadas previas de sensibilización y capacitación, lideradas por el nivel departamental, sobre el proceso de rendición de cuentas, para que de esta forma estén dispuestos y comprometidos a responder y exponer los argumentos necesarios durante la sesión pública de RC sobre las ENT.

#### Contenidos de la capacitación:

Se deben tener en cuenta entre otros los siguientes temas:

- Que son las ENT y cómo prevenirlas,
- Que es la Rendición de Cuentas,
- Quién rinde cuentas a quién,
- Cuántos tipos de rendición de cuentas hay,
- Por que rendir cuentas sobre las ENT,
- Cuáles son los espacios para rendir cuentas sobre las ENT,

- Cuándo rendir cuentas sobre las ENT.

### *Obtener la Información requerida sobre RC y ENT*

El CICENT debe identificar y priorizar la información sobre el comportamiento de las ENT en su localidad, lo cual implica:

- a. Precisar la información que se considera clave para la RC de las ENT.
- b. Identificar y analizar la información disponible sobre Indicadores (de producto, resultado e impacto de las ENT), dando especial interés a los de impacto, para presentarlos al finalizar el período de gobierno.
- c. Identificar las Secretarías de Despacho, oficinas y profesionales responsables de suministrar la información requerida, así como identificar cuál de esa información debe ser validada por la fuente de referencia (DANE, Ministerios, etc.).
- d. Identificar los actores a los que se va a consultar y convocar a la rendición de cuentas.

### *Buscar la información que contenga:*

- Formulación del plan de desarrollo municipal. Plan de Salud –ENT.
- Informes de ejecución del Plan de Desarrollo. Área de Salud ENT.
- Prestación de servicios a la ciudadanía: Programa de estilos de vida saludable y entorno saludable.
- Soportes de información: cifras fiscales y presupuestales y de gestión en salud – ENT.

Esta información debe ser transparente, oportuna, actualizada, veraz, completa y suficiente, que sirva para la toma de decisiones.

### *Organizar la información recolectada:*

- Esto significa que se deben elaborar formatos estándares para el reporte y captura de la información, la cual será el insumo clave para el seguimiento y evaluación de la Rendición de cuentas de las ENT y del proceso de gestión.
- Es necesario que el equipo de la rendición de cuentas organice y garantice el funcionamiento de un sistema de información y archivo para avalar la rendición de cuentas.
- El CICENT debe ante todo tener en cuenta para la organización de la información los Contenidos institucionales en lo relacionado con:
  - Cumplimiento de competencias Locales, definidas para la promoción de estilos de vida saludables para el control de las ENT.
  - Ejecución de presupuesto en Salud destinado a las actividades de promoción de estilos de vida saludable para el control de las ENT. –estados financieros.

- Los temas que debe organizar el municipio para la RC de las ENT son los relacionados con:
  - Cumplimiento de metas por proyectos y programas en ejecución.
  - Informes de gestión
  - Metas e indicadores de gestión.
  - Informes a entes de control.
  - Contratación
  - Impactado de la gestión- cambios favorables para la salud de la población
  - Acciones de mejoramiento institucional y desempeño de la función pública en los programas de estilos de vida saludable y entornos saludables.
  - La Información de interés para la comunidad, producto de quejas y reclamos y sugerencias sobre las ENT.

*Estrategias de comunicación para la RC en ENT:*

- ✓ Leguaje sencillo y letra grande entendible, teniendo en cuenta las particularidades de los diferentes grupos étnicos que residen en el municipio.
- ✓ Contenidos breves, de fácil comprensión por los diferentes actores.
- ✓ Ilustraciones pedagógicamente realizadas (mapas, figuras etc.). Que respondan a las inquietudes hechas por la ciudadanía
- ✓ Utilice los diferentes medios de comunicación existentes en la localidad (radio, periódico, revistas, T.V, títeres y otros)

*Estas estrategias de comunicación deben permitir:*

- ✓ Informar y formar a la ciudadanía sobre lo que es la rendición de cuentas de las ENT.
- ✓ Informar a la ciudadanía sobre la existencia de diferentes escenarios y mecanismos para rendir cuentas (sitios Web, radio, tv., cartillas, plegables carteleras, perifoneo y otros).
- ✓ Llevar a cabo estrategias de Movilización como ferias informativas sobre la gestión territorial.

*Medios de divulgación y comunicación:*

- ✓ Cartillas didácticas impresas o virtuales sobre el proceso de rendición de cuentas.
- ✓ Boletines impresos o virtuales sobre la rendición de cuentas,
- ✓ Vallas y/o Carteleras didácticas,

- ✓ Afiches volantes o plegables.
- ✓ Pasacalles.
- ✓ Perifoneo.
- ✓ Emisoras locales y comunitarias.
- ✓ Canales de televisión regionales.
- ✓ Prensa local.
- ✓ Promotores de salud.
- ✓ Estudiantes voluntarios.

*Espacios para el análisis de la información.*

- Promueva la participación de los actores y organizaciones sociales más representativas a través de campañas publicitarias, talleres, charlas, documentos, entre otros, especificando contenidos propios de las ENT y la forma de intervenir los factores de riesgo asociados mediante la promoción de estilos de vida saludable.
- Identifique en el buzón de quejas y reclamos así como en las sugerencias los temas de mayor interés para la ciudadanía respecto a las ENT.
- Realice foros de encuentro, foros virtuales, boletines, periódicos, carteleras, ferias de la gestión, conversaciones telefónicas, entrevistas, y reuniones o mesas de trabajo acordadas con los grupos de interés.
- Consulte los espacios, mecanismos y fechas más propicios para la comunidad con el fin de programar la Rendición de Cuentas.

#### **4.1.2 Contenidos de la Rendición de Cuentas en las Enfermedades No Transmisibles**

Las administraciones locales deben RC sobre los contenidos propuestos en el Plan Territorial de Desarrollo en el campo de la salud y en particular sobre las ENT, los cuales deben ser programados en el Plan Operativo Anual (POA) del municipio partiendo de una metas concertadas con la comunidad.

Los siguientes tópicos deben ser tenidos en cuenta:

- Estados financieros y ejecución del presupuesto municipal en lo correspondiente a las ENT.
- Recurso humano contratado para el desarrollo de las actividades de las ENT.
- Cumplimiento de metas e indicadores de gestión de las ENT.

- Evaluación del Impacto de la gestión en ENT y los cambios positivos en la salud de la población beneficiaria.
- Informes a las entidades de control.
- Información de interés para la ciudadanía relacionada con:
- Peticiones, quejas y reclamos ante la administración pública local (número de usuarios inconformes por los servicios de salud recibidos y los no autorizados).
- Propuestas de planes de mejoramiento, requerimientos de interés general
- Otros intereses concretos de la ciudadanía

Para lograr lo anterior invite a la ciudadanía para que conforme un grupo que observe y evalúe la gestión en salud –ENT: programas de Estilos de Vida Saludable, Entornos Saludables y prevención de riesgos de las ENT.

#### **4.1.3 Evento de Rendición de Cuentas**

Para lograr una convocatoria efectiva debe definir los actores y organizaciones locales a ser convocados a los eventos de RC priorizándolos. Puede utilizar el perifoneo, la radio, TV, y demás medios de comunicación local y regional.

Continuar con las reuniones periódicas con la comunidad y hacer invitaciones personales a los ciudadanos y organizaciones elegidas precisando el objetivo, lugar y fecha.

Inscriba a los representantes de las organizaciones sociales y de la ciudadanía en general.

Registre y organice las propuestas y necesidades de información.

Lo anterior lo debe hacer con 30 días de anticipación a la realización del evento.

El CICENT debe desarrollar las siguientes actividades:

- Definir el objetivo y los resultados esperados del evento de rendición de cuentas
- Identificar la fecha para realizar el evento de rendición de cuentas.
- Definir y organizar la estrategia de comunicación para promover el evento
- Definir los aspectos logísticos del evento de Rendición de cuentas: Definir y reservar el lugar (amplio, ventilado, seguro, accesible); Definir los suministros necesarios. (Teléfono, fax, fotocopidora, otros); Definir los formatos para registrar la información. Definir la

agenda. Confirmar el número de personas y organizaciones que asistirán al evento.

### *Entregue y explique la información*

Prepare el informe de rendición de cuentas sobre las ENT: Entendible, agradable y de fácil uso, que no incluya información sometida a reserva. Observe derechos de autor y de propiedad intelectual. Con datos y cifras vigentes, relevantes, verificables y completos.

Una vez que elaboró el informe debe:

- ✓ Enviarlo por correo electrónico a las personas invitadas al evento. Si no es posible, se recomienda imprimir varias copias para entregar a los interesados.
- ✓ Realizar foros y mesas de trabajo presenciales antes de realizar el evento, sobre los programas y actividades relacionadas con la prevención de las ENT.
- ✓ Utilizar los diferentes medios de comunicación locales para informar a la ciudadanía.
- ✓ Promover foros a través de correos electrónicos, chats, o líneas de atención telefónica con la ciudadanía y utilizar todos los medios pertinentes para difundir la información.

### *Realización del evento público de rendición de cuentas sobre las ENT*

- Designe un moderador para coordinar el evento, designe los tiempos de las intervenciones y presente el orden del día.
- Realice el evento en máximo dos días, cada uno con una duración de 4 horas. Así:
- Día 1: se llevaran a cabo mesas sectoriales para discutir temas puntuales y resolver algunas solicitudes concretas hechas por la ciudadanía.
- Día 2: se llevara a cabo el evento central de la RC sobre las ENT (plenaria).
- Cuento con voluntad política de las autoridades y servidores públicos municipales para presentar la información sobre la gestión de las ENT de forma transparente.
- Entregue información real, sencilla, clara y precisa antes y después de los eventos.
- Procure el análisis de la información por parte de las organizaciones sociales y la población en general antes y después del evento.

- Establezca reglas claras y definidas, para propiciar un dialogo ordenado donde todos participen por igual.
- Reciba ante las críticas, propuestas o sugerencias de la ciudadanía.
- Haga que todo se realice dentro del Respeto y voluntad de diálogo de las partes.
- Clausure el evento con algún tipo de actividad cultural o folclórica, ojalá con participación de la comunidad.

#### **4.1.4 Evaluación a los procesos de RC en las ENT**

- Se recomienda la recopilación de la información del evento de rendición de cuentas sobre las ENT.
- Sistematización de los resultados del evento de RC sobre las ENT.
- Evaluación del proceso de RC sobre las ENT.

Finalmente realice la retroalimentación de la Gestión Local, ajustando los procesos de la misma, sobre la base de los resultados de la RC en ENT, teniendo en cuenta que:

- Los resultados de la RC en ENT deben constituirse en un instrumento útil a la entidad local y a la democracia.
- De esta manera se busca corregir, mejorar, sancionar, estimular y replantear acciones asociadas con la gestión pública local, con el fin de contribuir al logro de los compromisos establecidos en el Plan de desarrollo municipal.
- El uso de los resultados de la RC sobre las ENT es también una estrategia eficaz para cumplir a cabalidad las competencias y funciones establecidas en la CPC y demás leyes reglamentarias.

#### **4.1.5 Difusión de los resultados**

- Elaborar un documento final del Evento Público de Rendición de Cuentas sobre las ENT, donde se resuma lo expuesto y los principales comentarios y preguntas que la ciudadanía haya planteado durante la audiencia.
- Plasme los principales acuerdos planteados en el acta de compromisos para la gestión de la administración local, la comunidad organizada, el sector privado y la academia.

- Divulgue el acta y la evaluación de la rendición de cuentas sobre las ENT, mostrando las preguntas ciudadanas y los temas tratados, los resultados, compromisos y conclusiones.
- Establezca permanente comunicación con la ciudadanía sobre qué se está haciendo, como se está haciendo, y sobre el cumplimiento de los compromisos y acciones correctivas y de mejoramiento expuestos en la audiencia.
- Implemente mecanismos de seguimiento para informar al ciudadano y a las organizaciones sociales sobre el trámite dado a sus propuestas, evaluaciones, preguntas, quejas, sobre la rendición de cuentas de las ENT.
- Publique los compromisos tanto de la administración como de los asistentes de rendición de cuentas sobre las ENT.
- Formule un plan de mejoramiento con base en las propuestas, quejas y expectativas planteadas por la ciudadanía
- Defina el Plan de Acción de la rendición de cuentas siguiente sobre las ENT

#### *Propuesta de algunos Indicadores a ser tenidos en cuenta para la RC*

Los indicadores son herramientas útiles en la planeación y la gestión en general, ya que permiten generar información, monitorear el cumplimiento de planes, acuerdos y compromisos, cuantificar cambios, efectuar seguimiento a los diferentes planes, programas y proyectos y con esta información realizar los correctivos oportunos y mejorar la eficiencia y eficacia del proceso en general.

Siempre se podrá contar con indicadores relacionados con la prevención de enfermedades no transmisibles y la promoción de estilos de vida saludables, que hacen referencia a compromisos internacionales, nacionales y territoriales, como aquellos que están en los planes de desarrollo, o aquellos de interés local o particular.

Por ejemplo, el Plan Decenal de Salud Pública incluye los siguientes indicadores trazadores con relación a ENT que pueden servir de referencia: (Tomado de Fundación SALUTIA Cartilla para la RC en ENT 2010)(14)

- Prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupo de edad
- Prevalencia de consumo de sal día por persona
- Prevalencia de consumo actual de cigarrillo
- Media de edad de inicio de consumo de tabaco
- Tasa de mortalidad por neoplasia por edad, sexo, departamento y tipo de vinculación al SGSSS

- Tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular por edad, sexo, departamento y tipo de vinculación al SGSSS
- Tasa de mortalidad por diabetes por edad, sexo, departamento y tipo de vinculación al SGSSS
- Tasa de mortalidad por enfermedad de vías respiratorias inferiores por edad, sexo, departamento y tipo de vinculación al SGSSS de consumo de frutas y verduras
- Prevalencia de consumo excesivo de alcohol
- Tasa de mortalidad atribuible a consumo de tabaco
- Prevalencia de discapacidad asociada a co-morbilidad por enfermedad no transmisible
- Tasa de mortalidad prematura (menores de 70 años) en neoplasias
- Tasa de mortalidad prematura (menores de 70 años) en enfermedad cardiovascular
- Tasa de mortalidad prematura (menores de 70 años) en diabetes
- Tasa de mortalidad prematura (menores de 70 años) en enfermedad de vías respiratorias inferiores

Y específicamente, en cuanto a RC y en consideración a lo planteado por Planeación Nacional y la Función pública, podemos aproximar los siguientes como esenciales (20)

- Proporción de recursos ejecutados a la fecha de corte para la RC
- Comparativo, agregado, con el periodo anterior
- Programas ejecutados y en ejecución para el resto de la vigencia
- Proporción de avance de las metas de cada Proyecto y programa, respecto a las ENT
- Proporción de avance global del Plan de prevención de las ENT
- Concepto (calificación) de los Órganos de control que vigilan la Entidad
- Relación y estado (%) de ejecución de los contratos en relación con ENT
- Mejoras de la población, con base en los programas de prevención y control de ENT
- Planes de mejoramiento en ejecución en ENT

## 5. ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y LOS FACTORES DE RIESGO

*Los determinantes sociales en salud son "circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que depende a su vez de las políticas adoptadas" (30)*

El informe de la Comisión de determinantes sociales en salud indica que países en proceso de desarrollo mantienen una brecha epidemiológica caracterizada por la coexistencia de procesos infecciosos y la presencia cada vez mayor de ENT (31, 32). El abordaje de los determinantes sociales en salud muestra que algunos supuestos sobre las ENT no tienen fundamento científico. Se puede decir que la inequidad social generada por posición socioeconómica, género, etnia y territorio, determinan los procesos de salud –enfermedad de las poblaciones y, por ende, determina la prevalencia de factores de riesgo asociados a las ENT (33-38). En este sentido, algunos de los supuestos que vale la pena revisar son:

- Los altos ejecutivos se estresan más y mueren más de isquemia cardiaca que las personas que ocupan cargos como obreros, conserjes, entre otros. La evidencia muestra que mueren más las personas de posición socioeconómica baja por enfermedad cardiovascular que las personas de posición socioeconómica alta (33-38).
- Los peores resultados en salud son explicados sólo por la mala salud de las personas pobres. Existe un gradiente socioeconómico - relación inversa entre la posición socioeconómica y la enfermedad- que atraviesa a toda la sociedad (34-39).
- Los "estilos de vida no saludables" son de personas pobres. Los estilos de vida no saludables también tienen relación con el gradiente socioeconómico (33).
- Algunas enfermedades crónicas como la Hipertensión arterial son explicadas biológicamente por ser de raza "negra". Los procesos de discriminación política y económica que han sufrido las personas afrodescendientes explican la mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y de enfermedad cardiovascular (34-40).

- El perfil epidemiológico de los países en desarrollo o de las regiones con menores niveles económicos es de predominio de enfermedades infecciosas o materno –perinatal. Hoy la ENT son la principal causa de muerte en países en desarrollo (80%). En Colombia las ENT causan el 64% en hombres y el 84% de las muertes en mujeres (31,32)
- Las ENT son un asunto de personas mayores. El curso de la vida influye en la aparición de las ENT. Por ejemplo, el bajo peso al nacer se asocia con trastorno metabólico en la juventud y adultez (37).

En el año 2009 la OMS acogió las recomendaciones de la Comisión de Determinantes sociales en salud respecto a cómo intervenirlos y propuso tres grandes y ambiciosas acciones a) mejores condiciones de vida b) Luchar contra la desigualdad del poder, el dinero y los recursos c) medir, analizar y evaluar el problema(41). Las Estrategias y acciones para prevenir las ENT no son ajenas a estos planteamientos, para ello, se requiere una mirada local comprensiva de los diferentes procesos deteriorantes y protectores existentes, y el establecimiento de procesos locales orientados a transformar las relaciones de poder social en pro de disminuir las inequidades sociales en salud. Esto requiere de un alto compromiso del sector político, económico y ciudadano.

Este Capítulo propone a las autoridades locales y la sociedad civil cuatro acciones prioritarias para el reconocimiento, abordaje y abogacía respecto de las ENT en el nivel municipal:

- Fortalecer la Gobernanza local
- Fortalecer la Estrategia de entornos y estilos de vida saludables
- Articular Rutas Integrales de Atención en Salud
- Fortalecer la participación y exigibilidad social

## 5.1 Fortalecer la Gobernanza local

Entendida como la relación entre el Estado y la sociedad para comprender, abordar, e intervenir los determinantes sociales en salud, los entornos saludables y las redes de atención. En este sentido, la gobernanza actúa a través de dos dimensiones: 1) las estructuras que unen a los actores y 2) las acciones que surgen del compromiso de los actores y sus deliberaciones mutuas (42). Para McQueen et al (2012), las dos dimensiones se interrelacionan para posibilitar el ejercicio de gobernanza. A continuación, las posibilidades que se tienen en el contexto municipal colombiano en el caso de las ENT (42).

		<b>Acciones de Gobernanza</b>							
		Apoyo de la evidencia	Establecimiento de objetivos	Coordinación	Orientación normativa	Apoyo financiero	Implementación y gestión	Monitores y evaluación	Abogacía
<b>Estructuras de gobernanza intersectorial</b>	Relaciones Departamento-municipio								
	Comité territorial de salud ambiental ( Departamental/municipal)								
	Relaciones sectoriales en el municipio								
	Consejo territorial de política social municipal.								
	Consejo de entornos saludables								
	Participación ciudadana								
Fuente: Tomado y adaptado de McQueen et al (42)									

Existe evidencia que muestra los resultados positivos de la gobernanza para el logro de políticas saludables en el nivel global, nacional y local (42,43). El informe Regional Officer for Europe resalta (43):

- Los problemas en salud son complejos y requieren aproximaciones sistemáticas, que involucren diferentes actores de la sociedad y diferentes niveles de acción global-local (nación- departamento-municipio)
- La colaboración es un imperativo
- La participación de los ciudadanos es indispensable.

- Se requiere contar con sistemas de gestión de la información y del conocimiento.
- Se requiere fortalecer competencias del talento humano
- Se requiere intervenciones comunitarias y multicomponente.

Asimismo, McQueen et al, hacen hincapié en las acciones de planeación intersectorial (42) :

- Los Comités que actúan sólo en un área de gobierno no logran acciones intersectoriales, se requieren Comités o estructuras que trabajen o involucre varias áreas de gobierno.
- La elaboración conjunta de presupuesto es el mejor camino para las acciones intersectoriales y para disminuir intereses sectoriales particulares. Sin embargo, no son frecuentes, hay experiencias importantes en el Reino Unido y Suecia.
- El seguimiento a la ejecución presupuestal es una de las acciones que más favorece la intersectorialidad.
- La participación ciudadana, y las acciones de la democracia deliberativa y argumentativa son indispensables para la construcción de políticas saludables.

La evidencia para el establecimiento de intervenciones poblacionales para el logro de estilos de vida saludables señala la importancia de las acciones de regulación, inspección, vigilancia y control para disminuir la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, alimentación saludable y actividad física. Asimismo se idéntica la importancia de los programas multicomponente (44). Al respecto se presentan las acciones de, inspección, vigilancia y control que pueden ser implementadas para:

a. Disminuir consumo de Tabaco:

- Regulación de precio disminuye consume en población de ingresos bajos, de competencia nacional.

También se pueden mencionar acciones de competencia Municipios 1,2 y 3 y en concurrencia con el Departamento Municipios 4,5 y 6.

- Control del contrabando
- Sitios libres de humo: escuela, restaurantes, trabajo, bares y otros
- Prohibiciones a la publicidad

- Medidas pedagógicas y de sanción a tenderos que no cumplan: con la restricción de venta a menores

Referente a acciones de competencias en todos los municipios:

- Organización de la sociedad civil para contraponer fuerzas a grupos de interés: firmatón
- Compromiso de medios de comunicación local
- Incentivar la investigación cuantitativa y cualitativa en pro de una mirada comprensiva de las ENT.

b. Disminuir consumo de Alcohol:

Las siguientes son acciones de competencia nacional:

- Monopolio público del mercado
- Leyes sobre edad mínima

También se pueden mencionar acciones de competencia Municipios 1,2 y 3 y en concurrencia con el Departamento Municipios 4,5 y 6.

- Restricción de venta en bebidas específicas
- Control de precios e impuestos
- Control en el expendio de licencias
- Restricción de unidades de venta
- Tolerancia cero para conductores con niveles de alcohol en sangre por encima de 0,05%
- Sanciones por venta a menores
- Sanciones al expendio: intoxicación alcohólica

Referente a acciones de competencias en todos los municipios:

- Dirigir estrategias motivacionales en consultorio
- Promover la organización social
- Incentivar la investigación cuantitativa y cualitativa en pro de una mirada comprensiva de las ENT

c. Disminuir sedentarismo y promover actividad física:

- De competencia Nacional: Mejorar equipamiento recreativo e incrementar calidad de tiempo en clases de educación física. Regulación de Ministerio de Educación – Salud y Coldeportes.

También se pueden mencionar acciones de competencia Municipios 1,2 y 3 y en concurrencia con el Departamento Municipios 4,5 y 6.

- Regular la oferta escolar en microterritorios
- Dar prioridad en planes de ordenamiento territorial para construcción vial: ciclorutas, semaforización, parqueaderos de bicicletas, seguridad vial.
- Crear y mantener parques, instalaciones deportivas y recreativas públicas
- Priorizar planes de equipamiento de transporte público – urbano- y mantenimiento de caminos veredales –rural.

Referente a acciones de competencias en todos los municipios:

- Realizar campañas de motivación masiva al uso de bicicleta y transporte público
- Reducir inequidades ambientales: mejorar calidad de aire, ríos y espacios laborales.
- Generar credibilidad social en procesos de contratación de obras públicas
- Incentivar la investigación cuantitativa y cualitativa en pro de una mirada comprensiva de las ENT

#### d. Promover alimentación saludable y nutricional

Las siguientes son acciones de competencia nacional:

- Impuestos para alimentos no saludables y subsidios para saludables
- Intersectorialidad Minsiterio salud y Educación para regular currículo
- Restricción de nutrientes no saludables en alimentos procesados

También se pueden mencionar acciones de competencia Municipios 1,2 y 3 y en concurrencia con el Departamento Municipios 4,5 y 6.

- Restricción de sal en porciones de alimentos
- Impuestos a bebidas azucaradas

- Restricción de la publicidad /patrocinio/promoción de alimentos densamente calóricos y pobre contenido nutricional
- Política de Etiquetado con contenido nutricional.

Referente a acciones de competencias en todos los municipios:

- Regulación de oferta de alimentos saludables en: escuela y trabajo.
- Promoción en medios masivos de comunicación: consume de frutas y verduras
- Promoción en medios masivos de comunicación: consume de frutas y verduras
- Regulación de oferta de alimentos saludables en: escuela y trabajo.

## **5.2 Fortalecer la Estrategia de entornos y estilos de vida saludables**

La OMS definió el entorno saludable como “aquel donde las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los empresarios y trabajadores y la comunidad en general, dedican sus esfuerzos para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población; establecen relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y la democracia” (45,46). Los entornos guardan una relación estrecha con el curso de vida de las personas, se puede decir que esta simbiosis configura el modo de vida poblaciones concretas (47,48,49).

En Colombia los entornos saludables han sido definidos como “los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen”. Para el desarrollo de la Estrategia Entornos saludables el país priorizó en el año 2009 cinco entornos: el hogar, la escuela, el laboral, el comunitario y el institucional(50,51).

El informe para el fortalecimiento de los entornos saludables señaló que para 2009 el 52.9% de las secretarías de salud municipales reportaron la implementación de la Estrategia entornos saludables: escuela, vivienda.

También indicó que las acciones de intersectorialidad con el sistema educativo se realizan a través de estructuras como: comité interinstitucional

de educación ambiental, espacios técnicos educación y ambiente, otras estrategias.

En este sentido, identificó que ninguna secretaria de salud reportaba la conformación de redes de vivienda saludable, y que el entorno laboral tenía escaso desarrollo, por ello propuso necesario involucrar los empresarios, las Administradoras de Riesgos Laborales para el logro de entorno laboral saludable.

Dados los procesos de trabajo precarizados existentes en América Latina, que se acompañan de altas tasas de informalidad, se identificó que el entorno laboral trasciende el escenario empresarial, por lo que es necesario retomar los trabajos sobre economía popular para identificar la necesidad de favorecer la organización de los trabajadores informales. Esto es central para lograr la participación de los mismos en la construcción de las Estrategias de Gobernanza local para la promoción de la salud y la prevención de las ENT (46. 50)

Por último, no se debe olvidar la relación entre ambiente y ENT. Al respecto las muertes por ENT atribuible al medio ambiente, por contaminación del aire, incluido el humo ajeno, ha aumentado hasta la cifra de 8,2 millones en el mundo. Las principales causas de muerte relacionadas con medio ambiente son: enfermedades cardiovasculares y cardiopatías isquémicas, y entre las acciones se proponen: uso de tecnologías y combustibles limpios para preparar alimentos, mejora del tránsito y el urbanismo muestran impacto en la reducción de las enfermedades relacionadas con el medio ambiente (32).

A continuación, se enuncia una serie de acciones dirigidas a los diferentes Entornos para el logro de estilos de vida saludable, estas no incluyen las acciones de prevención secundaria y terciaria que se debe realizar el Entorno institucional y que se presentan en la Estrategia Articular RIAS en población de riesgo a la Red Integrada:

*a. Acciones para disminuir consumo de Tabaco*

- Promover la implementación de estrategias y acciones para el cumplimiento de la Ley sobre los “Espacios Libres de Humo”.
- Promover la implementación de Estrategias para la cesación del consumo del tabaco mediante la intervención grupal e individual para ayudar a dejar de fumar.

- Promover campañas de Control a la publicidad no autorizada, relacionada con el consumo de cigarrillo.
- Promover la implementación de la estrategia de información educación y comunicación (IEC) para la reducción del consumo del tabaco en la población-
- Velar por el control y disminución del consumo de marihuana y sustancias psicoactivas. La Ley reconoce como un problema de salud pública el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, ordenando la atención integral como enfermedad, para lo cual vincula a todos los actores del sistema en su atención y prevención ( Ley 1566 de 2012).
- Promover la disminución de prejuicios, estigmas y discriminaciones que se dan en el seno de la comunidad Promover la conformación de espacios intergeneracionales para la formulación y seguimiento de políticas sociales
- Promover la conformación de redes de adolescentes, adultos, familias, empleados para que se conviertan en protectores de la salud
- Promover la investigación contextualizada: cuantitativa y cualitativa

*b. Acciones para disminuir consumo de Alcohol*

- Promover la Implementación de estrategias que contribuyan al no consumo de alcohol, tomando como ejemplo lo realizado por ciudades tales como: Barranquilla: "Domino el trago"; Bucaramanga: "Rumba segura se la goza más"; Bogotá: "entregue las llaves".
- Establecer espacios de retroalimentación cara-cara:
- Programas de hermano mayor en menores de 16 años y asesoría personalizada ante diagnóstico de intoxicación alcohólica.
- Promover acciones de capacitación para la construcción de habilidades para la vida: resolución de conflictos, disminución de violencia intrafamiliar, entre otros.
- Velar por implementar estrategias que ayuden a la resolución oportuna y pacífica de conflictos y fortalezcan el dialogo entre las distintas generaciones de la localidad, para evitar lesiones personales y agresiones físicas como producto del consumo de alcohol.
- Promover las alianzas entre los diferentes sectores para dar atención integral a las víctimas del conflicto armado

- Promover la implementación de la estrategia de información educación y comunicación (IEC) para la prevención de la violencia intrafamiliar.
- Promover y fortalecer la conformación de redes sociales a nivel de las instituciones de la localidad y comunidad para que se conviertan en protectoras de la salud mental
- Promover la investigación contextualizada: cuantitativa y cualitativa

*c. Acciones para disminuir el sedentarismo y promover la actividad física*

- Promover la inclusión de actividad física en el currículo institucional y la contratación de profesionales en educación física
- Incluir Programas nacionales como “Once para la salud”, “Escuelas de puertas abiertas”, “Semana de estilos de vida...”
- Ampliar la oferta escolar en microterritorios
- Promover la realización de caminatas periódicas y permanentes así como el caminar diariamente en forma regular mínimo durante 30 minutos
- Velar por el mantenimiento de los equipos destinados a la recreación y ejercicios físicos de los alumnos de colegios, escuelas, hogares infantiles y centros día para adultos mayores y de la población en general.
- Promover el uso de escaleras en lugar del ascensor.
- Establecer las ciclorutas y programas recreativos en parques.
- Promover el desplazamiento a pie cuando las distancias son cortas entre la escuela y la casa, el trabajo y la casa
- Promover el desarrollo de competencias de carreras por edades (bicicleta, patines, maratones y otras).en los días de fiesta o puentes
- Velar por el mantenimiento adecuado y permanente de ramales, caminos veredales, senderos, caminos peatonales y ciclo rutas para el uso de la población, a través de caminatas y paseos ecológicos
- Promover el uso de transporte público.
- Cambiar de significados respecto del uso de la bicicleta- “clase baja”, y adecuación de parqueaderos para bicicletas.

- Promover el uso de juegos populares tales como: tejo, rana, bolos criollos, bolas criollas (bochas) y demás juegos tradicionales y realizar competencias
- Promover la implementación de la estrategia de información educación y comunicación (IEC) para el fomento de la actividad física en la población de la localidad
- Promover acciones en pro de la justicia ambiental: parques, arborización, etc
- Promover la seguridad del entorno
- Promover la investigación contextualizada: cuantitativa y cualitativa

*d. Acciones para promover alimentación saludable y nutricional*

- Incluir en el currículo información sobre alimentación saludable o sesiones educativas.
- Capacitar docentes sobre alimentación saludable o contratación de docentes entrenados – capacitación de cocineros
- Promover una alimentación balanceada y saludable a través de establecimientos que ofrecen servicios de alimentación
- Promover la disminución del consumo de bebidas azucaradas (gaseosas).en los colegios y escuelas, centros día para adultos mayores, centros de bienestar familiar, vendedores ambulantes entre otros
- Promover el consumo de agua potable en la población urbana y rural; si no se cuenta con servicio de acueducto que suministre agua potable, orientar a la comunidad sobre la necesidad de hervir el agua
- Ampliar la oferta de supermercados cercanos a la vivienda
- Revisar la cadena productiva en el nivel local y promoción de cultivo de frutas y verduras.
- Promover las huertas caseras a nivel de escuelas y colegios urbanos y rurales, casas de familia, fincas, centros día para adultos, hogares de bienestar familiar, entre otros.
- Promover en la comunidad la costumbre de revisar las etiquetas de los alimentos para verificar fecha de vencimientos, contenido nutricional y calórico.

- Promover fechas de recordación: 24 septiembre día nacional para el control de la obesidad y sobrepeso, y 14 de noviembre lucha contra la diabetes.
- Sensibilizar sobre la necesidad de tener un peso adecuado acorde con la edad y la estatura, evitar sobrepeso y la obesidad desde niños. Cambiar noción “niño gordito = niño sano”
- Promover la implementación de la estrategia de información educación y comunicación (IEC) para el fomento de la alimentación saludable
- Promover la investigación contextualizada: cuantitativa y cualitativa

### 5.3 Articular Rutas Integrales de Atención en Salud

La actual política de salud contempla la formulación de las rutas de atención integradas en salud, que están dirigidas a garantizar los principios de la atención, como son: la atención centrada en el sujeto, la seguridad y la calidad, la eficacia y la equidad. La garantía del acceso “real y efectivo” y continuo de las personas a los servicios de salud (52-56), y el afianzamiento de vínculos entre profesionales especialistas y generalistas, y entre estos y la comunidad (57), son aspectos esenciales para la atención de grupos de riesgo con ENT.

Para el caso de las ENT la definición de cuatro rutas son de particular importancia: a) cardio-cerebro-vascular y metabólicas específicas, que incluye eventos específicos como, diabetes mellitus- accidentes cerebro – vasculares, hipertensión arterial primaria, enfermedad isquémica cardiaca y enfermedad renal crónica; b) nutrición ; c) cáncer y d) trastornos psicosociales y del comportamiento. Algunos aspectos generales que se deben tener presente para la conformación de las rutas son:

- Las redes territoriales de atención muestran mejores resultados en la salud de la población que las redes de aseguramiento (52,53,55, 58) . Un aspecto evidenciado en las mesas de trabajo del grupo consultor fue la no confianza de los actores en la conformación de las redes. El aseguramiento y la definición político-administrativa del territorio es identificado como una posible barrera para la acción
- La continuidad de la atención es definida como un requisito indispensable en el caso de las ENT, para afirmar que existe se requieren mínimo dos aspectos:1) que la atención sea percibida por los usuarios como continúa y 2) que la atención se mantenga en el tiempo. Para el logro de la

continuidad se requiere una coordinación clínico-asistencial de la red (56), y la disponibilidad de la información clínica de las personas (59).

- La conformación de vínculos entre: profesionales especialistas- equipo base de atención; y profesionales de la salud- ciudadanía (57), es indispensable para el logro del manejo integral de las personas.
- La organización de programas de atención para grupos de riesgo en ENT deben contemplar: captación oportuna; educación dirigida; gestión clínica del protocolos de atención; continuidad en el medicamento, y enfoque multidisciplinario (60,61). Además, enfoque psicosocial y conformación de redes comunitarias.
- Los procesos de educación dirigidos al reconocimiento de la enfermedad: rutinas de control, hábitos saludables, señales de alerta, muestran resultados positivos a los tres y seis y dieciocho meses (62). En nuestro contexto un aspecto esencial es el nivel educativo de la población, particularmente la baja capacidad de lectura y escritura de las personas mayores de 60 años, y analfabetismo funcional –lecto escritor y en el uso de las TICs
- La evaluación de los programas debe incluir indicadores: vínculos de profesionales; adherencia a protocolos de atención e indicadores de efectividad clínica (63).

Lo anterior requiere el trabajo mancomunado de Ente territorial, secretaria de salud municipal, EPS e IPS es fundamental. La literatura científica muestra que los Programas de atención a personas con riesgo dan buenos resultados, siempre que se garantice la continuidad de la atención. En la literatura se sugiere el modelo de atención de pacientes crónicos (64), y algunas derivaciones de este: el modelo Canadiense, el *Stanford Expert Patient Programme* (62), el Kaiser permanente (60,65) y la propuesta de la OPS (66).

En Colombia la Resolución No 3442 de 2006, ha desarrollado parte de los componentes que se deben contemplar, asimismo la experiencia de Fedesalud y el Hospital Fontibón E.S.E. UPA 45 permite sugerir los siguientes componentes del Programa<sup>2</sup>:

- Enfoque: Derecho a la vida y a la salud

---

<sup>2</sup> Experiencia: Convenio Interadministrativo de Cooperación No. 1905 – 2013 con la- Secretaría Distrital de Salud – Hospital Fontibón. Consultor Fedesalud

- Modelo de atención: centrado en la persona, enfoque psicosocial, pedagogías constructivistas.
- Equipo de salud: empoderamiento de equipo de profesionales de atención directa; multidisciplinario; formación de vínculos entre profesionales.
- Gestión clínico-asistencial:
  - Captación oportuna: criterios de ingreso
  - Bienvenida y caracterización de riesgo: social, nutricional y clínico.
  - Contextualización de guías de atención Resolución 412 de 2000, por el equipo de salud.
  - Tiempos de consulta revisados con el equipo de salud.
  - Vínculos profesionales MI –MG – Nutricionista- Trabajo social
  - Remisión a valoración endocrinología – Oftalmología
  - Seguimiento activo del paciente y recordatorio de cita: telefónico
  - Monitoreo de variables fisiológicas acordadas con equipo de salud ( individual y colectivo).
- Programa de empoderamiento del paciente y el núcleo familiar: definición de necesidades de atención, identificación de formas de discriminación por edad.
- Apoyo de trabajo social
- Suministro de medicamentos in situ y remisión sin autorización.

Los aspectos organizacionales incluyen:

- Voluntad política Secretaria de salud – directivos ESE
- Establecimiento de una coordinación clínico-asistencial.
- Acuerdos: EPS –IPS
- Conformación específica del equipo de trabajo
- Información permanente y continua: historia clínica sistematizada e informes clínico asistenciales.
- Gestión logística.
- Gestión con redes de apoyo social y otras instituciones de bienestar social
- Evaluación-investigación del Programa.

Barreras en el proceso:

- Compromiso de la EPS para el logro de atención sin autorización.
- Entrega de medicamento
- Permanencia de profesionales por formas de contratación

## 5.4 Fortalecer la participación y exigibilidad social

Un aspecto central para logro de una gobernanza fuerte en las ENT es colocar el tema en la agenda política del territorio, esto requiere de una comprensión conjunta de la problemática, por ello la participación de la ciudadanía es fundamental en este propósito. No se debe olvidar que los procesos organizacionales permiten contrarrestar la fuerza política de grupos de interés y que la historia señala que grandes procesos como el logro de sistemas universales de salud no se hubiera dado sin la presión de organizaciones sociales.

La participación de la ciudadanía para el logro del Derecho a la salud es fundamental, esto sólo se puede dar a través de la construcción de escenarios conjuntos de dialogo, donde los actores institucionales y las comunidades compartan su saber sobre las ENT y los procesos que protegen y deterioran la salud de la población.

No hay caminos preestablecidos para lograr ciudadanos que participen de los procesos de salud. Sin embargo, experiencias de otros ámbitos, han mostrado que el restablecimiento de lazos de confianza es fundamental. Un primer paso en ese camino es identificar los actores comunitarios del territorio: asociaciones campesinas, asociaciones de trabajadores informales, cabildos indígenas, madres comunitarias, asociaciones de afrodescendientes, grupos de personas mayores, asociaciones de usuarios, asociaciones de artesanos, ONG's que trabajen con y por personas mayores, grupos de mujeres, asociaciones de jóvenes, grupos de cultura, asociaciones de ciudadanos que reclaman derechos, mesas de trabajo de la sociedad civil por la abogacía en temas particulares, grupos de ciudadanos que promueven temas particulares, redes comunitarias que dan respuesta eventos particulares de la población, ONG's, entre otros. Los principales recursos que estas organizaciones utilizan para el desarrollo de sus actividades son: educación sobre derechos, marchas - caminatas, repertorios de derecho, foros, pronunciamientos, escuelas populares de educación cuidado, soporte social, entre otros.

Tampoco hay una receta para establecer diálogos horizontales, sólo el reconocer que el otro es legítimo, permite escuchar y fomentar la construcción de propuestas conjuntas. En este escenario, contar con recursos que provee la investigación cualitativa es fundamental, para la comprensión de prácticas ancestrales en el tema y de formas propias de afrontamiento.

Una tarea conjunta a emprender es el reconocimiento de los mecanismos de exigibilidad jurídica y social del derecho a la salud particularmente para el caso de las ENT. En este sentido, el marco Constitucional de 1991 y la reciente Ley Estatutaria 1751 de 2015 son puertas de entrada de dicha comprensión. Como parte de los mecanismos de exigibilidad jurídica que se pueden señalar: la tutela, la acción popular, particularmente para la reclamación de derechos ambientales e infraestructura, y el derecho de petición.

También se cuenta con mecanismos de exigibilidad social como son: los observatorios, definidos como escenarios de participación social y deliberación que permite monitorear un asunto considerado como relevante en una sociedad, las veedurías ciudadanas, de manera más reciente los sistemas de monitoreo participativo y la rendición de cuentas.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto popular de capacitación. Alcaldía de Medellín. Estado del arte del control social. 2016 citado 14 de agosto de 2016. <http://www.ipc.org.co/agenciadeprensa/wp-content/uploads/2016/06/Estado-del-Arte-control-social.pdf>
2. República de Colombia. Acto Legislativo 01 del 9 de Enero de 1986.
3. República de Colombia. Decreto 1216 de 1986. por el cual se crean los Comités de Participación Comunitaria y se regula la participación de la comunidad en el cuidado de la salud. La norma vigente es el Decreto 1757 de 1994
4. República de Colombia. Decreto 01 de 1984. Por el cual se reforma el Código Contencioso Administrativo. Art 5. toda persona podrá hacer peticiones respetuosas a las autoridades, verbalmente o por escrito, a través de cualquier medio. El Decreto ha sido derogado por la Ley 1438 de 2001 . Citado 14 de agosto de 2016 . <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6543>
5. República de Colombia. Ley 57 de 1985. Por la cual se ordena la publicidad de los actos y documentos oficiales. Citada el 14 de agosto de 2016 <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=276>
6. República de Colombia. Decreto 1512 de 1989. Por el cual se crean la Veedurías populares.
7. República de Colombia. Ley 152 de 1994. Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
8. DNP. CONPES 2688 de 1994. Evaluación de resultados en el sector público a nivel nacional. <https://sinergiacp.dnp.gov.co/Sinergia/Documentos/2688.pdf>
9. Vicepresidencia de la República CONPES 2779 de 1995. Promoción de la participación de la sociedad civil: del Derecho a participar a la participación efectiva.
10. República de Colombia. Decreto 1416 de 1990. por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud.
11. DNP. CONPES 3248 de 2003. Renovación de la Administración Pública.
12. DNP. CONPES 3294 de 2004. renovación de la administración pública: gestión por resultados y reforma del sistema nacional de evaluación (p.13) . Citado agosto 16 de 2016.

13. DNP. CONPES 3654 de 2010.
14. Ministerio de salud y protección social, OPS y Salutia. La propuesta para el fortalecimiento de la rendición de cuentas en enfermedades no transmisibles y estilos de vida saludables 2012.
15. Ministerio de salud y protección social, OPS y Universidad Nacional de Colombia. Guía para implementar la Rendición de cuentas del sector salud en municipios 4,5,6. 2014
16. Cunill N. La rendición de cuentas y el control social una aproximación conceptual. Documento de trabajo No 13 . 2007 . Citado 14 de agosto de 2016  
[http://www.programassociales.org.mx/biblioteca/Conference\\_Paper\\_No\\_13\\_Nuria\\_Cunill.pdf](http://www.programassociales.org.mx/biblioteca/Conference_Paper_No_13_Nuria_Cunill.pdf)
17. Breihl J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4):937-951, 2003
18. Moron 2000 citado en: Ochoa y Montes de Oca. Rendición de Cuentas en la Gestión Pública: Reflexiones teóricas. *Revista Venezolana de Gerencia*. Año 9. Nº 27, 2004, 455-472
19. Cunill N. ¿Qué ha pasado con lo público en los últimos treinta años? Balance y perspectivas. *CLAD Reforma y Democracia* No 52 Febrero 2012. Citado agosto 14 de 2016.  
<http://biblioteca.oj.gob.gt/digitales/42802.pdf>
20. Presidencia de la República; Departamento administrativo de la Función Pública; DNP. Manual Único de Rendición de Cuentas. 2014 Citado Agosto 14 de 2016  
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon//files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450051661\\_3ad287e3bc4ef4dde655d44cec6168c8.pdf](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon//files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450051661_3ad287e3bc4ef4dde655d44cec6168c8.pdf)
21. OMS. Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud. 2011 citado 14 de agosto de 2016.  
[http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)
22. ONU. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Almá- Atá 1978.
23. Hernández A. La participación ciudadana en Bogotá, 1990-2010 Discursos, trayectorias, expectativas y limitaciones. *Colombia Internacional* 71, enero a junio de 2010: 85-107 Citado Agosto 28 de 2016. <http://www.scielo.org.co/pdf/rci/n71/n71a05.pdf>
24. Robert A. "El Control de Gestión" Marco, Entorno Proceso. *Harvard Business School*. Ed. Deusto. 1998
25. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. Séptima Edición. McGraw Hill. 2004
26. OMS, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no trasmisibles 2014, OMS: WHO/NMH/NVI/15.1

27. McKenna M, Taylor W, Marks J, Koplan J. Current Issues and Challenges in Chronic Disease Control. In: Brownson R, Remington P, Davis J. Chronic Disease Epidemiology and Control. American Public Health Association. Washington, D.C. 1998
28. Ministerio de Salud y Protección social. Análisis de situación de Salud. Colombia, 2014. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., diciembre de 2014
29. Ministerio de salud y protección social, OPS y Universidad Nacional de Colombia. Guía para implementar la Rendición de cuentas del sector salud en municipios 4,5,6. 2014
30. OMS, Comisión de detreminantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Buenos Aires: OMS,; 2009.
31. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles. PMS; 2011.
32. OMS. Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO Library; 2014.
33. Townsend P, Davidson N, Whitehead M. The Black Report and The Health Divide. This edition, comprising The Black Report and The Health Divided. Great Britain: Penguin Books; 1982, 1988.
34. Marmot M. Social Causes of Social Inequalities in Health. In: Anand S, Peter F, Sen A, editors. Public Health, Ethics, and Equity. Oxford University Press; 2006.
35. Krieger N, Waterman P, Kosheleva A, Chen JT, Smith KW, Carney DR, et al. Racial Discrimination & Cardiovascular Disease Risk: My Body My Story Study of 1005 US-Born Black and White Community Health Center Participants (US). *www.plosone.org*. 2013;8(10).
36. Krieger N, Chen J, Waterman P. Temporal trends in theblack/White breastcancer case ratio forestrogen receptor status: disparities are historically contingent, notinnate *Cancer Causes Control*. 2011;22:511-4.
37. Lynch J, Smith GD. A life course approach to crhonic disease to epidemiology. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:1-35.
38. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*. 1991;337(8754):1387-93.
39. Whitehead M. Los conceptos y pricipios de la equidad en salud. In: Centro de Documentación e información PdDdPs, editor. Washington, D.C.: OPS,OMS,; 1991.
40. Krieger N, Sidney S. Racial Discrimination and Blood Pressure: The CARDIA Study of Young Black and White Adults. *American Journal of Public Health*. 1996;86(10):1370-8.

41. OMS. 62 a. Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. WHA62.14 Ginebra2009.
42. McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones C, Davies M. Gobernanza Intersectorial para la Salud en Todas las Políticas. Estructuras, acciones y experiencias OMS,; 2012.
43. WHO Regional Officer for Europe. Governance for Health in the 21st century.: WHO Regional Officer for Europe,; 2010.
44. Ministerio de salud y protección social, OPS, Pontificia Universidad Javeriana. Resúmenes de política para Estilos de vida saludables y Enfermedades No Transmisibles. OPS; 2012.
45. OPS, OMS. Movimiento municipios saludables 2008 [cited 2016 Septiembre 5]. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10706%3Aabout-hcmc&catid=7798%3Aabout-sde-hp&Itemid=41981&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10706%3Aabout-hcmc&catid=7798%3Aabout-sde-hp&Itemid=41981&lang=es).
46. WHO. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelos de la OMS. Ginebra: WHO; 2010.
47. Dulcey Ruiz E. Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. Revista Colombiana de Psicología. 2010;19(Diciembre-Junio):207-24.
48. Attias-Donfut C. Dynamique socio-historique du cours de vie. In: Attias-Donfut C, editor. Que sais-Je? Générations et âges de la vie. 1. Paris: Presses Universitaires de France; 1991. p. 81-95.
49. Elder G, JR. Social History and Life Experience. 1981. p. 3-31.
50. Ministerio de salud y protección social, OPS. Fortalecimiento de la Estrategia de Entornos Saludables y su implementación, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y compromisos nacionales e internacionales. Bogotá,: Ministerio de salud y protección social,OPS,; 2012. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/Fortalecimiento-estrategia-Entornos-Saludables.pdf>.
51. Muntaner C, Solar O, Vanroelen C, Martínez JM, Vergara M, Santana V, et al. The Role of Employment Relations in Reducing Health Inequalities. Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery and health inequalities: pathways and mechanisms. International Journal of Health Services. 2010;40(2):281-95.
52. Vargas Lorenzo I, Vásquez Navarrete ML, Mogollón Pérez A. Acceso a la atención en salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010;12(5):701-12.
53. Díaz C, Zapata Y, Aristizábal J. Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2 - Cali, Colombia. Rev Gerenc Polit Salud. 2015;14(29):155-78.

54. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit* 2016;ARTICLE IN PRESS.
55. Garcia I, Vargas I, Mogollón A, De Paepe P, Ferreira da Silva M, Unger J, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health*. 2014;13(10).
56. Vargas I, Mogollón A, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Pierre J, Vázquez M. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016;3(16):736–48.
57. Matuda C, Pinto N, Martins C, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2511-21.
58. Fidelis de Almeida P, Giovanella L, Magalhães de Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*,. 2010;26(2):286-98.
59. Ojeda Feoa JJ, Freire Campob JM, Gérvas Camachoc J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4(2):357-82.
60. Sim JJ, Handler J, Jacobsen S, Kanter M. Systemic Implementation Strategies to Improve Hypertension: The Kaiser Permanente Southern California Experience. *Canadian Journal of Cardiology*. 2014;30:544 - 52.
61. Observatorio en salud. Sobre la Mortalidad Materna en Colombia: Evolución y Situación Actual. *Boletín del Observatorio en Salud*. 2012;5(2).
62. Dongbo F, Yongming D, McGowan P, Hua F. Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*. 2006;61:389-96.
63. Siu AMH, Chan CCH, Poon PKK, Chui DYY, Chan SCC. Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient Education and Counseling*. 2007;65:42-50.
64. Austin B, Wagner E, Hindmarsh M, Davis C. Elements of Effective Chronic Care: A Model for Optimizing Outcomes for the Chronically Ill. *Epilepsy & Behavior* 1, S15–S20 (2000). 2000:15-20.
65. Ruescas E, Orozco B, Domingo, Gaubert TM, Navarro PA, Cordero FA, Navarro PJ, et al. El estudio PROPRESSE: resultados de un nuevo modelo organizativo en atención primaria para pacientes con

cardiopatía isquémica crónica basado en una intervención multifactorial. Aten Primaria. 2014;46(3):10-5.

66. OPS. Observatorio Panamericano de Cuidados Crónicos: OPS; 2013 [cited 2013 Noviembre 16]. Available from: <http://ops.opimec.org/comunidades-de-practica/observatorio-de-cuidados-cronicos-pacco-espanol/>.