

**CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DELEGADA PARA EL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS SECTORIALES**

**“Propuesta de Acción para la Evaluación de Planes de
Intervenciones Colectivas desde una Perspectiva de Pertinencia
de la Gestión Fiscal”**

Elaboró: *[Equipo DES-Salud]*

Contenido

<u>Tabla de Tablas</u>	4
<u>Tabla de Gráficos</u>	5
<u>Resumen Ejecutivo</u>	6
<u>Introducción</u>	7
<u>1 Aspectos Metodológicos</u>	10
<u>1.1. Tipo de Estudio</u>	10
<u>1.2. Objetivos</u>	10
<u>1.2.1. Objetivo General</u>	10
<u>1.2.2. Objetivos Específicos</u>	11
<u>1.3. Fases</u>	11
<u>1.3.1. Fase I: Priorización</u>	11
<u>1.3.2. Fase II: Análisis de Coherencia Institucional</u>	15
<u>1.3.3. Fase III: Propuesta de Criterios para el Ejercicio</u>	
<u>Auditor</u>	17
<u>2 Priorización de Territorios</u>	18
<u>3 Coherencia Institucional</u>	22
<u>4 Propuesta Criterios de Abordaje</u>	33
<u>5 Conclusiones</u>	38
<u>Anexo 1. Tabla de Priorización</u>	41
<u>Anexo 2. Indicadores de Salud Evaluados</u>	42
<u>Anexo 3. Promedio Quintiles Indicadores Salud</u>	47

<u>Anexo 4. Categorización SGP-Per Cápita</u>	48
<u>Anexo 5. Disponibilidad de la Información</u>	49
<u>Referencias</u>	50

Tabla de Tablas

<u>Tabla 1. Tabla de Priorización Territorios</u>	21
<u>Tabla 2. Indicadores de Cumplimiento Propuestos</u>	35
<u>Tabla 3. Cobertura Vacunación Triple Viral por Departamentos</u> <u>2016-2020p</u>	42
<u>Tabla 4. Razón de Mortalidad Materna por Departamentos 2016-</u> <u>2019</u>	43
<u>Tabla 5. Tasa de Mortalidad Infantil por Departamentos 2016-</u> <u>2020p</u>	44
<u>Tabla 6. Prevalencia de Bajo Peso al Nacer por Departamentos</u> <u>2016-2020</u>	45
<u>Tabla 7. Incidencia Sífilis Congénita por Departamentos 2016-</u> <u>2019</u>	46
<u>Tabla 8. Promedio Criterio Situación en Salud por Departamentos</u> <u>2016-2019</u>	47
<u>Tabla 9. Categorización SGP-per cápita por Departamentos 2016-</u> <u>2019</u>	48
<u>Tabla 10. Categorización Departamentos según Disponibilidad de</u> <u>Información en Salud Pública</u>	49

Tabla de Gráficos

<u>Gráfico 1. Esquema de Gestión Territorial en Salud Pública comparado con el proceso de Atención en Salud.</u>	16
<u>Gráfico 2. Fases Metodológicas del Desarrollo de la Propuesta</u>	18
<u>Gráfico 3. Indicadores de salud departamento de Santander 2016-2020.....</u>	31
<u>Gráfico 4. Modelo de determinantes sociales de la salud</u>	25
<u>Gráfico 5. Línea del tiempo de la Planeación Integral en Salud.....</u>	26
<u>Gráfico 6. Síntesis Ruta Metodológica para el Control Fiscal de los PIC.....</u>	33

Resumen Ejecutivo

El presente documento expone una propuesta metodológica piloto cuyo objetivo principal es generar una herramienta o ruta de abordaje que permita determinar la coherencia entre la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas con las necesidades reales en salud pública del territorio en el cual se está realizando el análisis, para optimizar el ejercicio del control y la vigilancia sobre la gestión fiscal de los recursos comprometidos en la ejecución de los citados planes. Para tal fin se realizó un proceso inicial de análisis desde una perspectiva macrosectorial, con base en distintos criterios de priorización para la selección de los territorios a evaluar, cuyos resultados se enlazan al control fiscal microsectorial a través del análisis de coherencia institucional de documentos relacionados con la gestión de la salud pública; así como la propuesta de 10 indicadores de cumplimiento que sirvan como lista de chequeo para evaluar dicho desempeño.

El ejercicio se explica y justifica en tres fases a saber: 1) Priorización; 2) Coherencia Institucional; 3) Propuesta de Indicadores de Cumplimiento. La prueba piloto, que se empleó como ejercicio didáctico tomó como base el departamento de Santander. Dicho departamento no solo mostró un bajo desempeño en la Fase 1 (priorización), sino además evidenció un incumplimiento del 80% en los indicadores de cumplimiento que se fundamentaron en la coherencia institucional.

Introducción

Con el propósito de realizar un acercamiento práctico a los contenidos del curso-taller de salud sobre los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), y avanzar así en el desarrollo de una herramienta útil para la Contraloría General de la República (CGR), se llevó a cabo el presente proyecto piloto, cuyo objetivo es *desarrollar una propuesta de ruta abordaje que permita determinar la coherencia entre la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas con las necesidades reales en salud pública del territorio en el cual se está realizando el análisis, con el propósito de optimizar el ejercicio del control y la vigilancia sobre la gestión fiscal.*

Es claro que el panorama de análisis y evaluación de los PIC se reviste de múltiples complejidades, especialmente en materia técnica y de multifactoriedad, no solo por el hecho de que las variables de la salud pública se ven afectadas por los determinantes sociales de la salud¹, que en su gran mayoría no cuentan con herramientas de análisis objetivo o instrumentos que puedan brindar un acercamiento a la eficiencia fiscal, sino además porque los efectos de las intervenciones en materia de salud pública se ven reflejados en el mediano y largo plazo. Por tal razón, evaluar un resultado de hoy, mostraría en muchos casos resultados de procesos de varias vigencias fiscales previas; así como el

¹ La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".

trabajo de muchos actores (no solo el de la entidad territorial que se evalúa), ya que los resultados en salud pública dependen en gran medida de la intersectorialidad.

Por otra parte, al evaluar los resultados en salud pública por medio de los indicadores, se presenta la posibilidad de encontrar territorios con excelentes resultados en la cifra del indicador, pero con procesos deficientes o trabajos en materia de PIC que no necesariamente sean los responsables de esos resultados. De igual manera, podrían identificarse entidades territoriales con muy malos resultados en materia de indicadores, pero con excelentes procesos en materia de inversión en salud preventiva a través de los PIC y sus acciones específicas en salud pública, así como en materia de articulación institucional e intersectorial.

Es importante tener en cuenta entonces que, dada la pluralidad de sus variables y las sujeciones metodológicas descritas, así como otros aspectos no mencionados (algunos inherentes al sector salud y a la gestión pública) la evaluación de los PIC requiere un punto de entrada. Evaluar la eficacia de las intervenciones requiere en la gran mayoría de los casos de largos tiempos y de personal altamente especializado; la evaluación de la calidad de las intervenciones requiere observar el cumplimiento de ciertos criterios descritos en la resolución 518 de 2015², lo cual sería responsabilidad de las entidades territoriales, especialmente de las interventorías de los contratos.

² Por medio de la Resolución 518 de 2015 se establecen las disposiciones para la Gestión de la Salud Pública y se fijan las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. En el artículo 18, capítulo III, se relacionan los criterios para ejecución del PIC

Así las cosas, el aspecto de mayor relevancia sobre el cual debemos enfocar el objeto de trabajo de la presente propuesta debe corresponder a la evaluación de las inversiones realizadas en cada territorio y su coherencia con las necesidades reales en materia de salud pública del mismo territorio, lo cual sería el resultado de un proceso (legalmente requerido) de evaluación, análisis y planeación. Es allí donde se hace necesario definir la vía para abordar dicha evaluación, partiendo de la delimitación de las variables y de la puerta de entrada al proceso de análisis macro sectorial, y continuar con la identificación de un camino de acometida para la evaluación de la coherencia entre la necesidad y la actuación territorial

Aspectos Metodológicos

1.1. Tipo de Estudio

El presente documento propone el diseño de una ruta metodológica que sirva de insumo para el ejercicio del control y la vigilancia sobre la gestión fiscal de los Planes de Intervenciones Colectivas. Para tal fin se plantea un estudio de tipo descriptivo que emplea fuentes secundarias de tipo cuantitativo y cualitativo, consistentes en indicadores de salud y documentos territoriales publicados oficialmente, e informes de auditorías llevados a cabo por la CGR.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Desarrollar una propuesta de ruta abordaje que permita determinar la coherencia entre la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas con las necesidades reales en salud pública del territorio en el cual se está realizando el análisis, para optimizar el ejercicio del control y la vigilancia sobre la gestión fiscal de estos conforme con los instrumentos, criterios y actores participantes en el proceso macro y micro de la política pública en materia de salud colectiva, financiada con los recursos del Sistema General de Participaciones (asignación salud pública).

1.2.2. Objetivos Específicos

- Priorizar los territorios a evaluar según criterios seleccionados, como indicadores de salud pública, inversión PIC per cápita y disponibilidad de la información, clasificándolos según los resultados en un periodo determinado con el propósito de definir la unidad de análisis.
- Determinar la coherencia institucional entre la línea de planeación, con base en la información contenida el Plan Territorial de Salud y las Intervenciones Colectivas, empleando como estudio de caso una de las unidades territoriales caracterizadas.
- Establecer los criterios a considerar para el ejercicio de auditoría y evaluación subsiguiente.

1.3. Fases

El proyecto se desarrollará en tres fases, correspondientes a cada uno de los objetivos propuestos:

1.3.1. Fase I: Priorización

Esta fase corresponde a un ejercicio de priorización de los territorios a evaluar, en el cual se explican una serie de criterios y los procedimientos para desarrollar una tabla de priorización que sirva como

insumo de selección de aquellos territorios que respondan al interés de una evaluación.

Los ejercicios de priorización son utilizados por distintas disciplinas como herramienta para seleccionar una opción determinada, teniendo en cuenta una lista de criterios a los que se les asigna un valor según determinadas condiciones; esto favorece la toma de decisiones, entre otras cosas, para una mejor asignación de los recursos escasos destinados a atender las necesidades poblacionales (Quiroa, 2021). A pesar de su utilidad, al ser una puntuación de índole cuantitativo, requiere del acompañamiento de expertos en el área que puedan interpretar o analizar de forma más acertada los posibles resultados (Medina Vásquez et al., 2010).

Los criterios de una matriz de priorización se seleccionan según el objetivo del proyecto y la disponibilidad de la información en las fuentes a emplear. Teniendo en cuenta que el objeto de análisis de este proyecto es la evaluación de los PIC desde una perspectiva de uso óptimo de recursos públicos, la tabla de priorización (Anexo 1) consideró tres criterios:

- **Indicadores de Salud:** Se emplearon 5 indicadores de salud que desde la perspectiva de salud pública reflejan resultados a corto plazo por estar asociadas a los procesos de salud materno-infantil, y que además se consideran proxy para las intervenciones colectivas en los territorios (Anexo 2): Razón de mortalidad materna, mortalidad infantil, cobertura de vacunación triple viral en niños de un año, prevalencia de bajo peso al nacer e incidencia de sífilis

congénita. La fórmula de cada indicador, así como sus resultados para cada año evaluado se detalla en las tablas del Anexo 2.

Se realizó una recategorización de los valores de estos indicadores, asignando un puntaje de 1-5 a través del cálculo de quintiles, en el cual 1 correspondía a los indicadores de peor desempeño y el 5 a los de mejor desempeño. Posteriormente se promediaron los valores recategorizados de todos los indicadores cuyo valor fue el que se incluyó en la matriz (Anexo 3). Debido a que varios de los indicadores no tenían información para la vigencia 2020, o esta se encontraba de forma parcial, el ejercicio se realizó para el año 2019.

- **Inversión SGP per cápita:** Se realizó el cálculo de la inversión SGP para salud pública³ per cápita, dividiendo el valor reportado por el DNP a través del SICODIS⁴ para cada territorio, sobre la proyección poblacional del DANE para cada uno de los departamentos. Los valores resultantes se recategorizaron, asignando un puntaje de 1-5 a través del cálculo de quintiles, en el cual 1 correspondía a los valores de menor asignación y 5 a los de mayor asignación (Anexo 4). Considerando que los indicadores en salud que se emplearon fueron los del 2019, este valor también correspondió a la vigencia 2019.

En principio se había considerado la inclusión del valor PIC-per cápita, pero teniendo en cuenta que no todos los territorios reportaron información al respecto, se decidió omitir este criterio para no inducir a un valor que no es la asignación real para este rubro.

³ Este valor está estipulado como el 10% del

⁴ <https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>

- **Disponibilidad de la Información:** Se consideró este criterio como de relevancia, teniendo en cuenta que una mayor disponibilidad de documentos referentes al PIC favorecen el ejercicio auditor y de estudios sectoriales, mientras que una carencia de esta refleja una mala gestión y difusión por parte del territorio. Para este criterio se realizó una tabla de ponderación en la cual se incluyó la disponibilidad en las páginas oficiales o institucionales de tres documentos claves en la gestión de los PIC: El ASIS territorial, el Plan Territorial de Salud (PTS) y el PIC. Si existía disponibilidad y acceso público al documento se le asignaba un valor de 1, mientras que si no había acceso se le asignaba un valor de 0. Al final la sumatoria de los puntajes correspondía al valor final para este criterio (Anexo 5).

En el ejercicio real de control y vigilancia sobre la gestión fiscal, podrían incluirse otros criterios de priorización relevantes como la disponibilidad de informes de auditoría previos por parte de la CGR y el periodo en el cual se llevó a cabo dicha auditoría, si la entidad territorial ha tenido sanciones, si se incluirán algunos otros aspectos del SGP, y en general cualquier criterio que se considere útil para el objetivo de la priorización.

El presente ejercicio se realizó únicamente a nivel territorial empleando los criterios mencionados, debido a la información disponible en el corto plazo. Sin embargo, es posible replicar una metodología similar de priorización a nivel municipal con otros criterios de utilidad para el evaluador.

1.3.2. Fase II: Análisis de Coherencia Institucional

Esta fase corresponde a un ejercicio de análisis de coherencia interna, en el cual se busca determinar la coherencia institucional entre la línea de planeación, con base en la información contenida el Plan Territorial de Salud y las Intervenciones Colectivas, empleando como estudio de caso una de las unidades territoriales caracterizadas.

Aunque el ejercicio de priorización nos arrojó como entidades de mayor y menor puntaje en los departamentos de Guainía y Santander, la entidad territorial seleccionada para el caso de estudio fue Santander, debido a que, cuenta con información más específica y de mejor acceso.

El análisis de las diferentes variables previstas en los procesos de Planeación Integral en Salud (Resolución 1536 de 2015)⁵, junto con sus insumos y productos, permite a los entes territoriales contar con una visión amplia de análisis que orienta a un diagnóstico con el cual se favorece la identificación de problemáticas de salud pública para su posterior intervención. Esto es lo que se conoce como Análisis de Situación en Salud - ASIS - que corresponde a una fase descriptiva de la situación en salud pública de dicho territorio.

Una vez llevado a cabo un diagnóstico, se presenta lo que en atención en salud correspondería a la prescripción terapéutica para tratar la “patología” diagnosticada, que en la secuencia lógica de la línea

⁵ La resolución 1536 de 2015 define la Planeación Integral en Salud como el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud-PTS, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

de planeación correspondería a los Planes Territoriales de Salud (PTS), que como instrumento de política pública territorial permite incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b), y plantea dentro del componente estratégico y de inversión, los contenidos del ASIS bajo el modelo de Determinantes Sociales en Salud, la priorización en salud, el componente estratégico y de inversión plurianual (PTS), el componente operativo anual de inversión (POAI) y el Plan de Acción en Salud en el que se establecen como “tratamiento a ejecutarse” la gestión en salud pública y los Planes de Intervenciones Colectivas PIC.



Gráfico 1. Esquema de Gestión Territorial en Salud Pública comparado con el proceso de Atención en Salud.

Este proceso debe llevarse a cabo alineado con el Plan de Desarrollo Territorial (PDT); en especial, en materia de indicadores y

metas de producto, por lo que es recomendable que se cuente con este como fuente de información. Es fundamental establecer si el territorio cuenta con evaluaciones previas a los planes de intervenciones colectivas, desde lo cualitativo con la comunidad o desde los procesos de gestión.

1.3.3. Fase III: Propuesta de Criterios para el Ejercicio Auditor

Esta fase corresponde a una propuesta de los criterios a considerar para el ejercicio de auditoría y evaluación subsiguiente, tomando como base el ejercicio previamente realizado en las Fases I y II. Para tal fin se genera una lista de chequeo que permite orientar una ruta de acción y ponderar ciertos elementos de evaluación importantes a la hora de analizar los PIC desde el punto de vista de la responsabilidad fiscal.

A continuación, se esquematiza la síntesis de las fases en las que se desarrolló la propuesta:

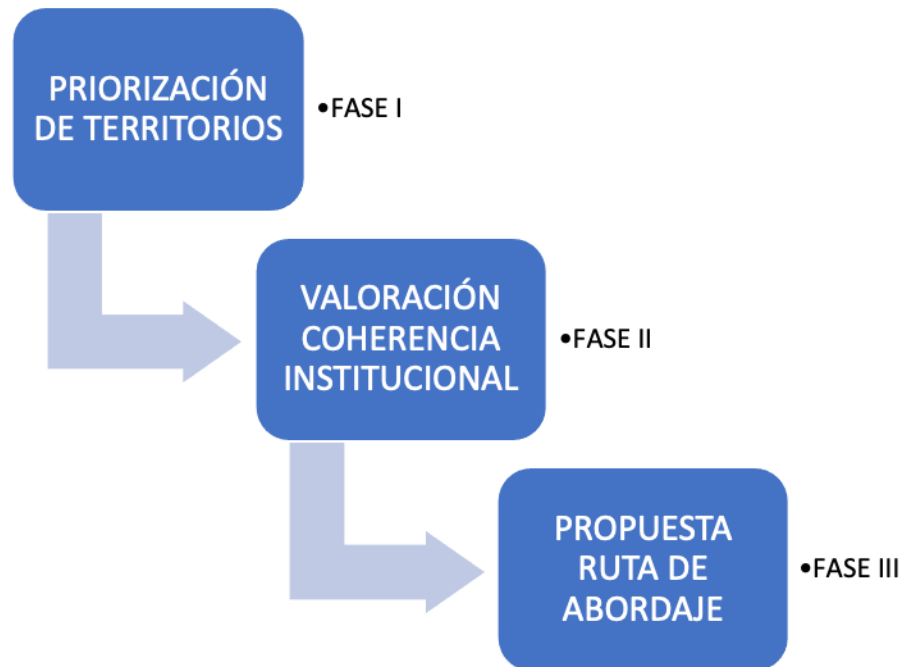


Gráfico 2. Fases Metodológicas del Desarrollo de la Propuesta

Priorización de Territorios

Como se mencionó previamente, los procesos de priorización facilitan la toma de decisiones en salud, al considerar unos criterios a los que se les puede asignar un valor numérico o puntaje según el objetivo de una evaluación o proyecto.

A continuación, se incluye la tabla final de priorización de los entes territoriales (departamentos) considerando la ruta metodológica y los tres criterios seleccionados: asignación de recursos SGP para salud pública per cápita y condiciones especiales de salud.

Si bien, los criterios de priorización podrían reasignarse según el objeto de análisis, para el presente ejercicio los departamentos que obtuvieron un mayor puntaje (que se podrían catalogar como de “mejor desempeño”) fueron los departamentos del Guainía y el Casanare; mientras que aquellos con peor desempeño por obtener un menor puntaje fueron Santander y Cesar.

Aunque estos valores son solo una ayuda en el ejercicio de priorización de territorios, si brindan herramientas preliminares de análisis, en las que se hace evidente que una mayor inversión del SGP per cápita para salud no necesariamente se ve reflejada en un mejor desempeño de los indicadores de salud pública.

Para una mayor utilidad de las tablas de priorización, como se mencionó en los aspectos metodológicos, es necesario contar con personal experto en la temática que oriente sobre la selección de los territorios a priorizar. En este caso por ejemplo, si se pretendiera evaluar un territorio que presentara incongruencias entre la inversión del SGP y los resultados en salud (una alta inversión con un bajo resultado en salud), se podría seleccionar el departamento del Amazonas que, aunque no tiene un puntaje total bajo, si presenta resultados opuestos entre el criterio 1 y el criterio 2.

Adicionalmente, desde el ejercicio de control fiscal micro, puede ser de interés incorporar otros criterios como lo son la disponibilidad de acciones de auditoría previas y sus respectivos resultados, historia de hallazgos, inclusión de otros elementos o sectores del SGP, clasificación de la entidad territorial, etc. Lo anterior dependería fundamentalmente

del del interés de priorizar según el objetivo de la evaluación a llevarse a cabo.

Tabla 1. Tabla de Priorización Territorios

Departamento	Criterio 1 Condiciones Especiales de SP 2019	Criterio 2 Recursos SP(10%) per cápita 2019	Criterio 3 Acceso a la Información	Total Puntaje
Amazonas	1,8	5	1	11,80
Antioquia	2,8	2	3	12,80
Arauca	3,4	4	3	13,40
Atlántico	2,8	2	1	8,80
Bolívar	2,2	3	2	11,20
Boyacá	3,0	1	2	8,00
Caldas	2,6	1	3	11,60
Caquetá	3,8	5	2	12,80
Casanare	3,2	4	3	15,20
Cauca	2,8	2	2	11,80
Cesar	2,8	2	0	7,80
Chocó	1,4	4	1	8,40
Córdoba	2,4	3	2	9,40
Cundinamarca	3,0	1	3	11,00
Guainía	2,6	5	3	15,60
Guaviare	3,4	5	1	13,40
Huila	3,8	3	3	11,80
La Guajira	2,0	4	2	10,00
Magdalena	2,6	3	1	9,60
Meta	3,0	4	2	11,00
Nariño	1,6	3	3	10,60
Norte de Santander	3,0	2	3	12,00
Putumayo	3,4	4	2	10,40
Quindío	2,8	1	2	8,80
Risaralda	3,6	1	3	8,60
San Andrés y Providenc	2,2	4	3	14,20
Santander	2,8	1	2	6,80
Sucre	2,6	3	2	11,60
Tolima	3,4	2	2	8,40
Valle del Cauca	3,2	2	3	9,20
Vaupés	3,0	5	2	14,00
Vichada	2,4	5	1,00	8,40

Coherencia Institucional

Tal como indicamos en la explicación metodológica del proyecto, para nuestra evaluación piloto, encontramos que no hay información disponible para establecer si existieron evaluaciones previas, así como si existen o no indicadores o instrumentos para realizar una evaluación cualitativa o de procesos de gestión que permita calificar los PIC anteriores (motivo por el cual estos criterios no fueron incluidos en las tablas de priorización ni la categorización de disponibilidad de información).

Para desarrollar una acertada evaluación de los planes de intervenciones colectivas, deberían tenerse en cuenta las variables de "impacto" que se está teniendo en la población con estas intervenciones; sin embargo, se pone entre comillas, debido a que no existen instrumentos para realizar las mediciones de impacto en este tipo de intervenciones, y estas realmente no son las idóneas para reflejar impactos, sin embargo, procurando una puerta al proceso de profundización en la evaluación, se tiene en cuenta el resultado de algunos indicadores que exponen la gestión inmediata territorial alrededor del proceso de salud. Pero para nuestro ejercicio tomaremos las demás variables de priorización en aras de realizar la "triangulación" entre lo diagnosticado, lo planeado y lo contratado.

Es importante resaltar que el proceso metodológico de la ejecución de las intervenciones colectivas es quizás el proceso de mayor complejidad en el momento de evaluar (y propiamente de desarrollar desde las entidades territoriales), sumándose a los barullos metodológicos el no establecer evaluaciones en los entornos en los que

se ejecutan las actividades y el que su aplicación en grupos poblacionales no cuenta con continuidad en el tiempo, o al menos seguimiento al proceso, o un hilo conductor para la evaluación de exposición de la población a procesos pedagógicos durante una línea de tiempo determinada.

En tal sentido, para tratar de simplificar el acceso a las diversas variables, se desarrolló una lista de chequeo con la valoración cualitativa del cumplimiento de algunos requisitos que permiten realizar un acercamiento evaluativo a la "línea" de planeación que sigue el territorio, y validar si tiene dispuestos los procesos para que exista coherencia de nuevo entre lo diagnosticado, lo planeado y lo contratado. Es de anotar que la evaluación de lo "ejecutado", corresponde a un proceso de profundización por los equipos de auditoría de Fiscalización.

Durante el proceso de Consolidación y sistematización de resultados para el ASIS, es decir la fase de "aplicación", en su estructura se presentan tres elementos: Caracterización territorial y demográfica, Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes y Priorización de los efectos de salud. Los sistemas de información en salud permiten establecer las variaciones de los indicadores de efectos de salud y sus determinantes por medio de los distintos indicadores establecidos para el ASIS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a), pero las variaciones de los contextos territoriales y demográficos, y la caracterización los indicadores que los constituyen, se establecen como un determinante social que puede jugar un papel vital en el momento de tomar decisiones del planeación, la determinación de necesidades y el trabajo intersectorial, tomando como base las dinámicas poblacionales y la "transición demográfica",

caracterizada por tasas de fecundidad y mortalidad bajas, crecimiento poblacional lento, con disminución del peso de la población menor de 15 años e incremento del de la población adulta mayor; que como se describe en el ASP (DNP et al., 2018), corresponde a que nuestro país se ubica en una etapa avanzada de la transición demográfica, en referencia con la clasificación de CELADE que citan en el ASP. En ese orden de ideas, para evaluar si se están ejecutando de forma adecuada los elementos de planeación, es fundamental determinar que el territorio esté considerando los datos y variaciones recientes de su dinámica y las variables socio económicas, tales como las nuevas vías, las características físicas del territorio y accesibilidad geográfica, el tamaño y volumen poblacional, la estructura y dinámica demográfica, así como la movilidad forzada.

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
1	El ASIS registra la información demográfica actualizada y las variables socio económicas recientes, verificar fuentes			

La pandemia de Covid-19, modificó sustancialmente diferentes aspectos vitales, y además de su impacto en la morbi-mortalidad por complicaciones de la enfermedad, los aislamientos preventivos, la reducción de la interacción persona a persona, la reducción de la actividad física, el incremento de los conflictos interpersonales, los altos niveles de estrés, el incremento del consumo calórico, la modificación en las frecuencias de uso en los servicios de salud, entre muchos otros factores generan por consecuencia lógica, modificaciones sustanciales en los perfiles epidemiológicos y en los determinante sociales (mostrados en la siguiente figura)



Gráfico 3. Modelo de determinantes sociales de la salud

Fuente: ABC del Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Allí se hace entonces evaluar si para este proceso de planeación, efectuado durante el primer trimestre de 2020, pero cuyo plazo de presentación fue ampliado hasta el 15 de junio de 2020 por medio del Decreto Legislativo 683 (2020) permitiendo además de su presentación extemporánea, su revisión para modificaciones y ajustes, tuvo en cuenta la situación de pandemia por Covid-19, y los procesos de aislamiento preventivo iniciados en marzo del 2020.

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
2	El ASIS (que se encuentra inmerso en Plan Territorial de Salud) incluye dentro de los determinantes sociales de la salud la emergencia sanitaria por Covid-19			

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012- 2021, se establece un sistema de monitoreo y evaluación de los objetivos y las

metas formuladas a través de las dimensiones del mismo, en la misma medida cada territorio. Según registra el PDSP (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), ese seguimiento y evaluación se realizará teniendo en cuenta la línea de base formulada por el ASIS, los datos para este monitoreo se basan en registros administrativos, encuestas, censos y estadísticas. Es por ello que observar que, en el proceso de Planeación Integral, y en la preparación del ASIS y los PTS, se tengan en cuenta los resultados de estas evaluaciones, o al menos que el municipio cuente con instrumentos adaptados, permitirá un acercamiento al concepto de seguimiento de la gestión, los resultados y las falencias de PTS y PIC previos.

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
3	La entidad territorial cuenta con herramientas (instrumentos o indicadores) para evaluación cualitativa o de procesos de gestión para calificar los PIC anteriores y los registra los resultados de estas evaluaciones en el PTS o en el ASIS			

En la línea del tiempo Planeación Integral en Salud, el PTS debe ser entregado al Consejo Territorial de Planeación (CTP) durante el primer trimestre del primer año del nuevo gobierno (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), lo cual garantiza discusión en el escenario de participación y en virtud del principio de la planeación participativa, y garantizan por disposición constitucional la participación ciudadana en la construcción y seguimiento de políticas públicas a nivel territorial.



Gráfico 4. Línea del tiempo de la Planeación Integral en Salud

Fuente Ministerio de Salud y Protección Social (2019)

Por otra parte, si bien es cierto que El PTS hace parte integral del PDT, y se aprueban de manera simultánea con una ruta de trabajo que debe ser articulada y con un plan de trabajo alineado, debemos evidenciar si existen registros de que hayan sido presentados y discutidos en el Concejo Municipal o Distrital o las Asambleas Departamentales, debate que garantiza que existen aportes de otros tomadores de decisiones y articulación con los demás procesos de discusión del PDT, y teniendo como base que las autoridades responsables de la Planeación Integral en Salud son el Alcalde o Gobernador, las Asambleas departamentales o Concejos municipales o distritales.

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
4	Existe la evidencia de discusión y aprobación del PTS por parte del Consejo Territorial de Planeación (CTP)			
5	Se evidencia la presentación y discusión del PTS en el concejo municipal, Distrital o Asamblea Departamental y su inclusión con metas e indicadores en el PDT			

Según las disposiciones enmarcadas en el documento de (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), con la evaluación del PTS se debe establecer “la eficacia, eficiencia y desempeño territorial de gestión en salud, así como los efectos que las intervenciones tienen sobre la población y los impactos de carga, equidad y calidad de vida sobre las metas y objetivos alcanzados.”, esta evaluación permite determinar el grado de avance en los objetivos propuestos por el PTS, y la capacidad para optimizar los recursos financieros disponibles; por esta razón se hace fundamental determinar si el territorio tiene en cuenta los datos de evaluación y seguimiento para realizar su Planeación Integral y reformular sus acciones de intervenciones colectivas.

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
6	La entidad dispone de datos de evaluación, seguimiento o caracterización de las poblaciones que han sido expuesta o beneficiarias de los PIC anteriores			

Ya sea, mediante contrato o convenio interadministrativo, la legalización contractual de las Intervenciones Colectivas por parte de la entidad territorial, que deben dar prioridad a las ESE ubicadas en el territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), debe realizar de manera oportuna y considerando todos los principios de la contratación estatal. Si se espera que las actividades que buscan resolver las necesidades en salud pública del territorio, sean ejecutadas durante todo el año, y teniendo en cuenta que existen unos trámites contractuales (estudios previos, tramites de disponibilidad presupuestal, legalización, etc.) lo ideal es que los contratos sean suscritos durante los dos primeros meses de cada año, lo cual además de corresponder a una recomendación de la lógica contractual pública, hace parte de las recomendaciones de las auditorías a recursos SGP previamente realizadas a los territorios .

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
7	La entidad territorial suscribió los contratos de PIC en los dos primeros meses del año (evaluar el actual y el periodo anterior)			

El PTS en su componente estratégico y de cadena de valor público, debe mostrar las líneas base y las metas de producto, pero el PDT y los Planes Operativos Anual de Inversiones (POAI), debe reflejar las metas anualizadas de cada uno de los componentes. Debemos establecer si el territorio evaluado tiene claras estas metas.

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
8	Se registran las líneas base, las metas para la vigencia y metas anualizadas para los diferentes planes del PTS con su respectivo presupuesto en el POAI			

Es fundamental que en aras de garantizar la calidad, eficiencia y oportunidad de las acciones que se emprendan en materia de intervenciones colectivas de la promoción de la salud y gestión del riesgo, dirigidas a los diferentes grupos poblacionales, lo pertinente es que cada territorio tenga definida la forma de desarrollar las distintas líneas de acción, planeación, monitoreo y evaluación de las PIC, considerando las particularidades territoriales y poblacionales, que parta de la identificación de las acciones colectivas que fueron establecidas en el marco de las estrategias del Plan Territorial de Salud y las RIAS, y defina los lineamientos para su ejecución y su contratación, incluyendo monitoreo y evaluación de las intervenciones ejecutadas. ⁶

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
9	El territorio cuenta con un procedimiento documentado, manual o documento de planeación, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas			

Si bien es claro que el monitoreo y la evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC deberá desarrollarse en el marco del proceso de evaluación del Plan Territorial de Salud, la ejecución contractual deberá contar con el seguimiento de la entidad contratante sobre la entidad que ejecute las acciones, y evaluar el cumplimiento contractual propuesto, así como el seguimiento de las características de calidad de las intervenciones colectivas dispuestas en el artículo 10 de la Resolución 518 (2015). Al establecer si se realiza el

⁶ Es de anotar que el Capítulo III de (Resolución 518 , 2015), se establecen criterio para la Ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC

seguimiento al contrato, se plantean planes de mejoramiento y se hace seguimiento a dichos planes, determinamos si se están realizando acciones en pro de la eficiencia del gasto.

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
10	Existen actas de interventoría mensuales de los contratos de PIC evaluados, en las cuales se incluyan los resultados, los hallazgos y los planes de mejoramiento, y se registran seguimientos a los planes de mejoramiento suscritos			

Acercamiento a evaluación del desempeño

En el marco del análisis de la coherencia institucional y el piloto de análisis de ruta de abordaje (fases II y III) se desarrollará entonces con el departamento de Santander, considerando que fue el que peor desempeño mostró en la tabla de priorización. Sin embargo, a continuación, se realiza una síntesis del desempeño de indicadores en salud para el departamento en el último quinquenio, como evidencia de los resultados en salud que se están teniendo en dicho territorio.

En tal sentido se trata constituir una amalgama entre el "cumplimiento" y el "desempeño", el primero con una evaluación cualitativa de las variables descritas, y el segundo de forma cuantitativa, identificando los "cambios" que se presentan en los indicadores en función del tiempo.

Como se puede observar en la gráfica 3, los indicadores que se definieron para el abordaje de esta prueba piloto, por ser de carácter inmediato, con la posibilidad de reflejar cambios en corto tiempo en función de la gestión territorial en salud pública, muestran cifras negativas, es así como la cobertura de vacunación de triple viral bajó del 93,7% en el 2016 al 89,3 en el 2019, la mortalidad materna subió de 49,9 en el 2016 a 79,8 en el 2017, bajando levemente a 73 para el

2018, no se dispone del dato para el 2019. El bajo peso al nacer tuvo un aumento marcado de 7,5 en el 2016 a 8,2 en el 2019, al igual que la sífilis congénita que pasó de 0,9 en el 2016 hasta 2,8 en el 2019. Quizás la tasa de mortalidad infantil es el único indicador que ha presentado cambio positivo, previamente había subido del 5,7 en el 2016 a 7,8 para el siguiente año, pero pasó a 6,6 en el 2019.

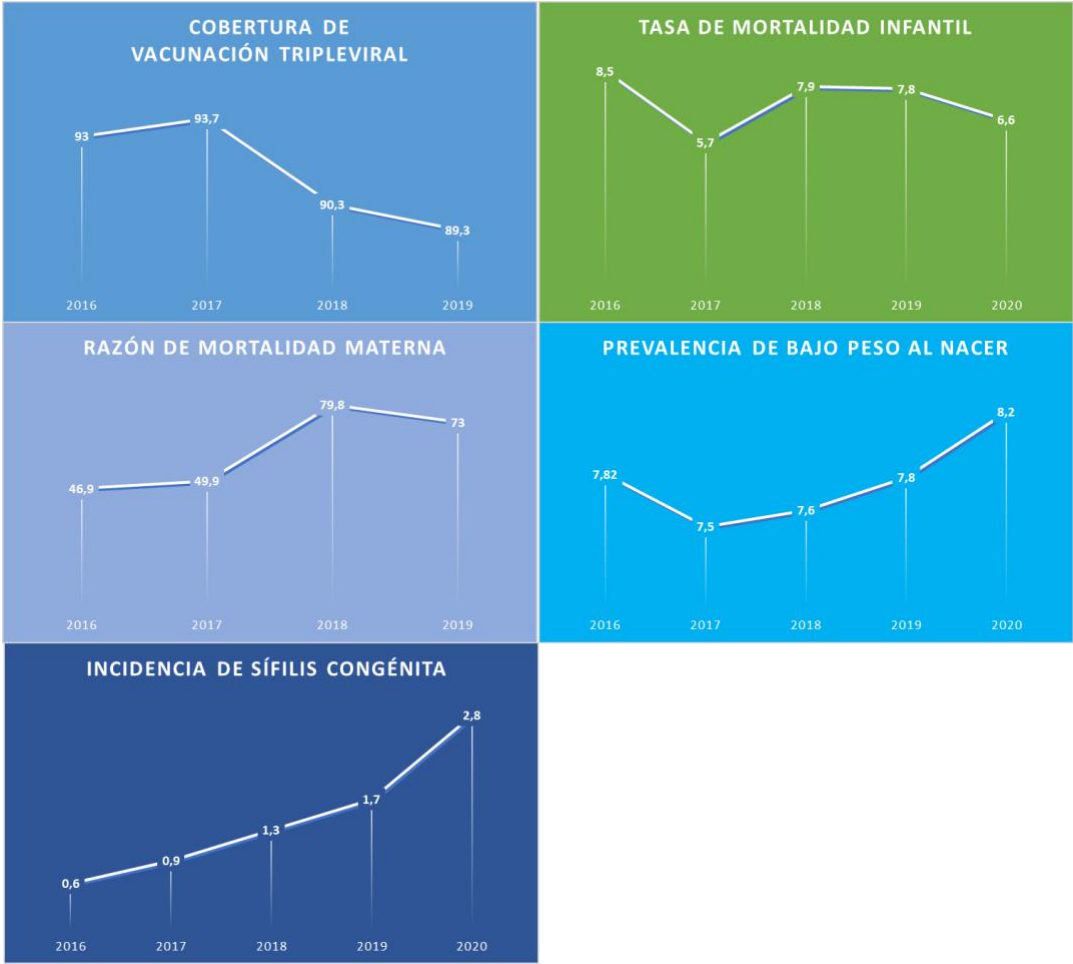


Gráfico 5. Indicadores de salud departamento de Santander 2016-2020

Los indicadores del departamento evidencian que desde el 2017 se viene presentando una tendencia al empeoramiento de los cinco indicadores seleccionados para el análisis, en los cuales no solo ha

disminuido la cobertura de vacunación para Triple Viral (acción de relevancia en las Intervenciones Colectivas), sino que además la prevalencia de bajo peso al nacer y la incidencia de sífilis congénita han venido en aumento. Por otro lado, si bien entre el 2018 y el 2019 ha existido un leve descenso de la mortalidad materna e infantil, esta de igual manera venía en aumento desde el 2017.

Propuesta Criterios de Abordaje

Sintetizando todo el proceso, y con miras al logro del objetivo general del proyecto, se propone entonces la siguiente ruta de abordaje que permita determinar la coherencia entre la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas con las necesidades reales en salud pública del territorio en el cual se está realizando el análisis, para optimizar el ejercicio del control y la vigilancia sobre la gestión fiscal de estos conforme con los instrumentos, criterios y actores participantes en el proceso macro y micro de la política pública en materia de salud colectiva, financiada con los recursos del Sistema General de Participaciones (asignación salud pública):

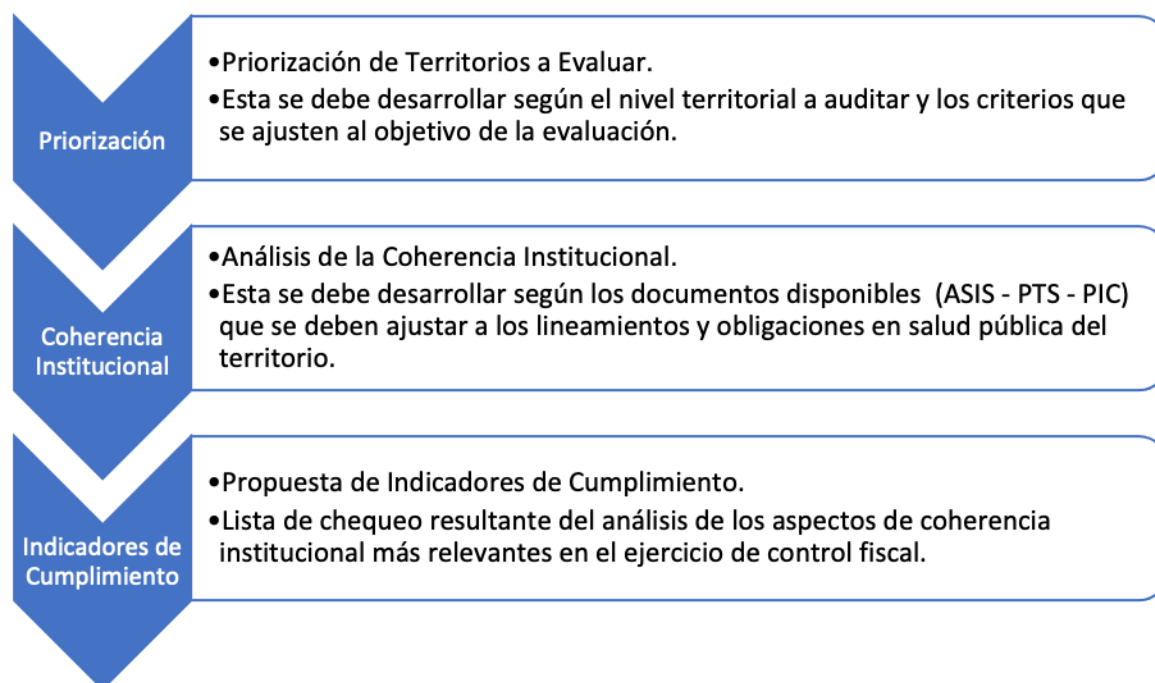


Gráfico 6. Síntesis Ruta Metodológica para el Control Fiscal de los PIC

Según lo anterior, a continuación se presenta el resumen del cuadro de indicadores de cumplimiento propuestos para la Fase III, aplicados al departamento de Santander, para lo cual se emplearon las siguientes fuentes:

- ASIS Santander 2019
- PTS Santander 2020-2023
- PDT Santander siempre contigo y para el mundo 2020-2023
- POAI Santander 2019 y 2020
- Búsqueda en el SECOP de contratos realizados en el primer trimestre de 2020.

Según el ejercicio piloto planteado con base en dichos indicadores, el departamento de Santander evidenció un bajo desempeño al no cumplir 8 de los 10 criterios propuestos, lo cual podría explicar el bajo desempeño mostrado en la tabla de priorización desarrollada en la fase I.

Tabla 2. Indicadores de Cumplimiento Propuestos

No.	Criterio	Cumple	No Cumple	Observaciones
1	El ASIS registra la información demográfica actualizada y las variables socio económicas recientes, verificar fuentes	X		
2	El ASIS (que se encuentra inmerso en Plan Territorial de Salud) incluye dentro de los determinantes sociales de la salud la emergencia sanitaria por Covid-19	X		
3	La entidad territorial cuenta con herramientas (instrumentos o indicadores) para evaluación cualitativa o de procesos de gestión para calificar los PIC anteriores y los registra los resultados de estas evaluaciones en el PTS o en el ASIS		X	
4	Existe la evidencia de discusión y aprobación del PTS por parte del Consejo Territorial de Planeación (CTP)		X	
5	Se evidencia la presentación y discusión del PTS en el concejo municipal, Distrital o Asamblea Departamental y su inclusión con metas e indicadores en el PDT		X	
6	La entidad dispone de datos de evaluación, seguimiento o caracterización de las poblaciones que han sido expuesta o beneficiarias de los PIC anteriores		X	
7	La entidad territorial suscribió los contratos de PIC en los dos primeros meses del año (evaluar el actual y el periodo anterior)		X	Luego de la búsqueda en el SECOP de los contratos suscritos por la Gobernación de Santander NO SE encontraron objetos contractuales que tuvieran INTERVENCIONES COLECTIVAS
8	Se registran las líneas base, las metas para la vigencia y metas anualizadas para los diferentes planes del PTS con su respectivo presupuesto en el POAI		X	
9	El territorio cuenta con un procedimiento documentado, manual o documento de planeación, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas		X	
10	Existen actas de interventoría mensuales de los contratos de PIC evaluados, en las cuales se incluyan los resultados, los hallazgos y los planes de mejoramiento, y se registran seguimientos a los planes de mejoramiento suscritos		X	No se identificaron contratos en el SECOP en los cuales se pudiera verificar las actas de interventoría
TOTALES		2	8	20%

En la documentación analizada, no se encontró evidencia de que en el territorio haya sido aplicado el sistema de monitoreo y evaluación de los objetivos y las metas formuladas o sus “cambios” respecto a la

línea de base encontrada, ni se registran datos sobre las herramientas o instrumentos para realizar seguimiento a los procesos de gestión en salud pública o a los resultados obtenidos en los PTS y PIC previos.

No se evidencia que el PTS haya sido entregado al CTP; sin embargo, es de resaltar que se presentan en el PTS registros fotográficos en materia de participación comunitaria de diferentes grupos poblacionales, grupos significativos y grupos étnicos.

Pese a que el PTS hace parte constitutiva del PDT, y para su aprobación se requieren los debates y discusiones en concejos y asambleas (lo cual dejaría por definición que en teoría este punto se cumple), se plantea que se resalte el hecho de que el territorio le dio relevancia “independiente” en la discusión del PDT al PTS, realizando el proceso coherente de la “línea del tiempo de la Planeación Integral en Salud” propuesta por el (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

No se identifican datos que permitan determinar el desempeño territorial de salud, ni se registran datos de valuación o seguimiento de las intervenciones realizadas o sus efectos sobre las poblaciones.

Para evaluar sí el contrato de Intervenciones Colectivas fue suscrito durante los dos primeros meses del año, se realizó la búsqueda en el SECOP, utilizando como criterios de búsqueda para la entidad “SANTADER”, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2020, y al encontrar más de 64mil registros, se agregó como filtro en productos o servicios “F- Servicio de Salud”. No se encontró un proceso contractual que cumpliera con estos criterios para el departamento de Santander. Se apunta que aparecen allí diferentes sesgos de evaluación, especialmente la falta de disponibilidad de información de la fuente

directa, ya que existe la posibilidad de que los procesos suscritos no hayan sido registrados en el SECOP.

Al analizar el POAI, el PTS y el PDT no se encuentra registro de metas anualizadas, solo se encuentra en el POAI, las líneas base y las metas por vigencia.

Para el caso del “procedimiento” de planeación y seguimiento de PIC para el territorio, que se propone en el punto 9, en primer lugar, se registra que no hay una obligación legal propiamente dicha de tenerlo como documento del sistema de calidad y gestión documental, y tampoco se tienen en cuenta las características del documento para hacerlo aceptable o no. Para el departamento de Santander no se encuentra evidencia del documento en la búsqueda realizada. Resaltando que existe la posibilidad de que el documento exista, pero no esté disponible en la red.

Dado que no se pudo encontrar el proceso contractual en el SECOP, no pudo evidenciarse la existencia de actas de interventoría con planes de mejoramiento, lo cual no significa, de igual forma, que el documento no exista.

Es muy relevante considerar que este ejercicio corresponde a una **prueba piloto** con ciertas limitaciones en la disponibilidad de información, razón por la cual los registros de cumplimiento están sujetos a verificación ulterior y a pilotaje con otros territorios.

Conclusiones

Considerando los 3 objetivos específicos propuestos en el documento, a continuación, se exponen tres conclusiones correspondientes a cada uno de ellos, así como algunas adicionales resultantes del ejercicio piloto:

- **Objetivo 1:** Los procedimientos de priorización a través de criterios relacionados con el objeto de una evaluación (en este caso priorización de territorios de índole departamental), resulta en una herramienta de gran utilidad para llevar a cabo decisiones en la selección de entidades para realizar control fiscal. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los criterios que se escojan deben tener un sentido de análisis conforme lo que se pretenda evaluar. A pesar de que en el presente ejercicio no fue posible realizar una priorización exhaustiva, en procesos con mayor disponibilidad de información y tiempo de ejecución, es fundamental considerar los antecedentes de procesos auditores previos.
- **Objetivo 2:** La evaluación de la coherencia institucional favorece un ejercicio de análisis y control fiscal más pertinente de la gestión de recursos en salud pública, con base en el marco normativo y el objetivo de los PIC en la mejora de la salud de los territorios. Sin embargo, demanda un conocimiento importante de dicha normatividad que no siempre es del dominio de los equipos auditores. Por tal motivo, contar con una propuesta de indicadores de cumplimiento que se deriven de los parámetros a tener en cuenta

con respecto a dicha coherencia, facilita la labor control de dichos equipos en los territorios.

- **Objetivo 3:** La herramienta de los 10 indicadores de cumplimiento aquí propuesta, no sólo responde al ejercicio de coherencia institucional desarrollado en el Objetivo No. 2, sino que surge como una propuesta piloto que unifica varios criterios de control fiscal de los PIC, de tal manera que se optimicen los procesos en término de tiempo de ejecución, comparación de territorios y seguimiento en el tiempo. En todo caso, la herramienta se propone como un instrumento flexible que permite incorporar ajustes y/o modificaciones con base en la experiencia real de auditoría, así como estrategias de validación en territorios.
- **Con respecto a la aplicación del instrumento,** se evidenció una coherencia entre el desempeño que presentó la entidad territorial seleccionada (Santander) en lo referente a los 10 indicadores de cumplimiento propuestos, con respecto a la tendencia de resultados en los indicadores de salud, lo cual sugiere que efectivamente una mala gestión territorial desde el punto de vista fiscal podría estar incidiendo en una baja pertinencia frente al objetivo que busca el Plan de Intervenciones Colectivas. Es importante aclarar que, si bien el departamento tiene a cargo algunas intervenciones colectivas e individuales de alta externalidad, los resultados de los indicadores no solo dependen de la gestión departamental sino también de la sumatoria de las acciones municipales.
- En el proceso de socialización de la propuesta metodológica y del instrumento de la prueba piloto, se sugirió incorporar algunas

herramientas adicionales como ponderación de los criterios de priorización de territorios e inclusión de acciones previas por parte de la DVF; listas de chequeo cruzado en análisis de indicadores de cumplimiento; ponderación de la lista de chequeo según la relevancia de cada indicador empleado; etc. Adicionalmente se evidenció la necesidad de acompañar los criterios de evaluación con orientaciones específicas que permitan operativizar con mayor precisión el ejercicio auditor.

- Un ejercicio de validación y ajuste de la herramienta, para hacerla más pertinente, se vería fortalecido por una aplicación en trabajo de campo que permita identificar nuevas oportunidades de mejora para la ruta propuesta.
- La propuesta ejemplifica la utilidad de los análisis macro sectoriales, como punto de partida para los direccionamientos y las líneas de trabajo de la vigilancia fiscal micro.

Anexo 1. Tabla de Priorización

Departamento	Criterio 1 Condiciones Especiales de SP 2019	Criterio 2 Recursos SP(10%) per cápita 2019	Criterio 3 Acceso a la Información	Total Puntaje
Amazonas	1,8	5	1	11,80
Antioquia	2,8	2	3	12,80
Arauca	3,4	4	3	13,40
Atlántico	2,8	2	1	8,80
Bolívar	2,2	3	2	11,20
Boyacá	3,0	1	2	8,00
Caldas	2,6	1	3	11,60
Caquetá	3,8	5	2	12,80
Casanare	3,2	4	3	15,20
Cauca	2,8	2	2	11,80
Cesar	2,8	2	0	7,80
Chocó	1,4	4	1	8,40
Córdoba	2,4	3	2	9,40
Cundinamarca	3,0	1	3	11,00
Guainía	2,6	5	3	15,60
Guaviare	3,4	5	1	13,40
Huila	3,8	3	3	11,80
La Guajira	2,0	4	2	10,00
Magdalena	2,6	3	1	9,60
Meta	3,0	4	2	11,00
Nariño	1,6	3	3	10,60
Norte de Santander	3,0	2	3	12,00
Putumayo	3,4	4	2	10,40
Quindío	2,8	1	2	8,80
Risaralda	3,6	1	3	8,60
San Andrés y Providenc	2,2	4	3	14,20
Santander	2,8	1	2	6,80
Sucre	2,6	3	2	11,60
Tolima	3,4	2	2	8,40
Valle del Cauca	3,2	2	3	9,20
Vaupés	3,0	5	2	14,00
Vichada	2,4	5	1,00	8,40

Anexo 2. Indicadores de Salud Evaluados

Tabla 3. Cobertura Vacunación Triple Viral por Departamentos 2016-2020p

Departamento	2016	Quintil	2017	Quintil	2018	Quintil	2019	Quintil	2020p	Quintil
Nacional	92,61		92,98		95,18		94,53		37,51	
Amazonas	85,37	1	79,73	1	88,02	1	92,63	2	34,29	2
Antioquia	95,47	4	94,39	4	95,85	3	95,13	3	35,32	2
Arauca	102,42	5	111,05	5	107,95	5	108,73	5	42,86	5
Atlántico	100,12	5	99,57	5	101,22	5	99,18	5	38,27	3
Bogotá	95,25	4	92,50	3	89,95	1	92,57	2	41,90	5
Bolívar	86,48	1	87,84	1	94,53	3	90,15	1	38,21	3
Boyacá	93,89	4	95,69	5	96,76	3	93,17	2	37,04	3
Caldas	93,95	4	94,81	4	96,74	3	96,52	3	31,98	1
Caquetá	78,65	1	81,04	1	93,07	2	93,84	3	42,44	5
Casanare	92,26	3	88,65	2	92,23	2	96,98	4	39,61	4
Cauca	91,43	2	95,21	4	93,64	2	90,53	2	38,80	4
Cesar	92,45	3	95,62	4	102,76	5	98,80	4	40,91	5
Chocó	93,74	3	83,31	1	95,07	3	86,15	1	33,97	2
Córdoba	88,72	2	88,45	2	90,29	2	88,59	1	37,17	3
Cundinamarca	83,68	1	95,11	4	98,37	4	96,68	4	32,83	1
Guainía	101,52	5	99,89	5	116,74	5	98,35	4	30,45	1
Guaviare	87,01	1	94,55	4	101,23	5	101,36	5	33,12	2
Huila	91,00	2	93,42	3	95,40	3	93,06	2	40,12	4
La Guajira	89,18	2	91,17	2	97,25	4	99,04	5	40,18	4
Magdalena	94,10	4	91,45	2	94,00	2	93,88	3	42,46	5
Meta	92,90	3	85,79	1	94,41	2	95,67	3	40,37	4
Nariño	91,72	2	91,29	2	90,13	1	88,55	1	32,96	2
Norte de Santand	95,04	4	99,99	5	92,70	2	97,87	4	38,95	4
Putumayo	88,71	2	91,51	3	97,36	4	96,05	3	35,72	2
Quindío	99,35	5	97,66	5	99,95	4	95,49	3	37,94	3
Risaralda	95,90	5	94,20	3	96,80	4	99,05	5	37,70	3
San Andrés y Pro	91,75	3	95,06	4	89,52	1	90,47	2	35,63	2
Santander	92,97	3	89,88	2	90,27	1	89,30	1	37,45	3
Sucre	88,27	2	93,73	3	100,59	5	99,97	5	40,75	4
Tolima	87,34	1	92,52	3	99,09	4	97,32	4	44,27	5
Valle del Cauca	94,25	4	94,26	3	98,94	4	97,91	4	30,85	1
Vaupés	92,71	3	86,54	1	83,97	1	89,96	1	15,81	1
Vichada	101,87	5	88,99	2	95,88	3	93,10	2	28,30	1

Tabla 4. Razón de Mortalidad Materna por Departamentos 2016-2019

Departamento	2016	Quintil	2017	Quintil	2018	Quintil	2019	Quintil
Nacional	73,51		73,85		80,26		81,07	
Amazonas	75,64	3	138,12	1	0,00	5	169,64	1
Antioquia	71,98	3	49,45	4	65,65	4	61,61	4
Arauca	68,52	3	65,37	3	100,28	2	66,43	4
Atlántico	68,49	3	73,57	2	91,93	3	104,36	2
Bogotá	41,56	5	43,45	4	56,20	5	48,19	4
Bolívar	69,45	3	100,18	2	75,62	4	76,78	3
Boyacá	39,59	5	68,03	3	86,95	3	37,70	5
Caldas	52,28	4	32,28	5	92,61	3	24,59	5
Caquetá	116,23	2	55,36	3	71,19	4	72,92	4
Casanare	0,00	5	108,70	2	142,45	1	118,30	2
Cauca	76,97	3	69,22	3	55,76	5	82,30	3
Cesar	67,63	4	73,16	3	97,01	2	77,02	3
Chocó	290,35	1	317,41	1	156,80	1	170,99	1
Córdoba	81,02	3	108,74	2	95,28	3	83,99	3
Cundinamarca	59,59	4	64,30	3	77,44	4	68,45	4
Guainía	302,57	1	0,00	5	323,28	1	312,50	1
Guaviare	86,21	2	0,00	5	76,75	4	158,48	2
Huila	46,31	5	50,79	4	21,53	5	40,73	5
La Guajira	237,04	1	175,37	1	122,22	2	189,51	1
Magdalena	106,32	2	110,79	1	114,08	2	109,63	2
Meta	47,28	4	52,30	4	66,96	4	54,62	4
Nariño	162,88	1	115,33	1	100,86	2	103,46	2
Norte de Santander	48,86	4	85,58	2	84,76	3	89,85	2
Putumayo	116,55	2	44,04	4	135,53	1	91,60	2
Quindío	102,69	2	34,17	5	35,59	5	37,45	5
Risaralda	55,28	4	66,28	3	98,71	2	40,34	5
San Andrés y Providencia	0,00	5	0,00	5	127,88	2	260,08	1
Santander	46,94	5	49,90	4	79,75	3	73,02	3
Sucre	83,34	2	77,58	2	84,76	3	80,84	3
Tolima	90,87	2	79,10	2	69,99	4	87,88	3
Valle del Cauca	66,99	4	42,60	4	52,87	5	72,02	4
Vaupés	568,18	1	0,00	5	147,28	1	0,00	5
Vichada	194,55	1	393,70	1	156,37	1	326,80	1

Tabla 5. Tasa de Mortalidad Infantil por Departamentos 2016-2020p

Departamento	2016	Quintil	2017	Quintil	2018	Quintil	2019	Quintil	2020p	Quintil
Nacional	11,15		10,74		11,29		11,35		3,07	
Amazonas	14,37	2	14,5	2	25,38	1	16,12	1	3,84	2
Antioquia	9	5	9,1	4	8,48	5	8,75	5	2,22	4
Arauca	8,91	5	10,5	3	10,83	3	11,96	3	3,36	3
Atlántico	12,99	2	12,6	2	14,35	2	15,12	2	4,51	2
Bogotá	9,41	5	9,4	4	9,24	5	9,58	4	2,18	4
Bolívar	11,66	2	11,8	2	12,29	3	12,79	2	3,88	2
Boyacá	9,76	5	8,4	5	9,2	5	9,28	4	2,05	4
Caldas	9,93	4	9,1	4	8,1	5	11,19	3	1,36	5
Caquetá	10,9	4	11,1	3	9,54	4	8,17	5	2	4
Casanare	7,82	5	6,4	5	8,54	5	7,94	5	1,84	5
Cauca	11	4	11,8	2	13,38	2	10,29	4	9,48	1
Cesar	14,93	2	14,5	2	13,44	2	12,15	2	4,2	2
Chocó	29,21	1	25,6	1	24,3	1	27,36	1	4	2
Córdoba	15,12	1	15	1	15,96	2	14,84	2	6,9	1
Cundinamarca	11,32	3	9,4	4	9,43	4	7,59	5	3	3
Guainía	39,33	1	21,6	1	19,39	1	21,88	1	4,1	2
Guaviare	12,93	2	11,1	3	16,88	1	15,06	2	6	1
Huila	10,5	4	9,3	4	10,06	4	8,32	5	2,9	3
La Guajira	18,59	1	16,2	1	19,5	1	23,51	1	0	5
Magdalena	11,88	2	12,8	2	12,84	2	12,42	2	4,8	2
Meta	11,01	3	8,6	5	9,44	4	11,4	3	1	5
Nariño	9,83	4	9,6	4	10,7	3	11,26	3	1,9	5
Norte de Santander	11,04	3	9,9	4	11,01	3	12,02	3	2	4
Putumayo	11,66	2	11,2	3	12,19	3	9,39	4	0	5
Quindío	11,12	3	11,4	3	11,21	3	10,67	3	5,5	1
Risaralda	11,06	3	11,1	3	11,25	3	9,48	4	5	1
San Andrés y Providencia	12,5	2	25,8	1	15,34	2	11,7	3	3,4	3
Santander	8,48	5	5,7	5	7,9	5	7,78	5	2,25	4
Sucre	11,6	3	11,8	2	9,97	4	12,6	2	3,21	3
Tolima	10,22	4	7,9	5	9,27	4	8,89	4	3,21	3
Valle del Cauca	9,85	4	10,05	4	10,04	4	9,45	4	3,46	3
Vaupés	24,62	1	10,12	3	16,2	2	22,99	1	2,69	4
Vichada	32,1	1	30,5	1	25,01	1	29,41	1	9,35	1

Tabla 6. Prevalencia de Bajo Peso al Nacer por Departamentos 2016-2020

Departamento	2016	Quintil	2017	Quintil	2018	Quintil	2019	Quintil	2020p	Quintil
Nacional	9,07		9,06		9,13		9,40		9,20	
Amazonas	6,28	4	4,70	5	5,95	5	7,04	4	8,74	2
Antioquia	9,32	2	9,57	1	9,52	1	9,51	1	9,19	2
Arauca	6,08	5	6,10	4	6,36	5	6,38	4	5,99	5
Atlántico	9,01	2	8,50	2	8,74	2	9,22	2	8,76	2
Bogotá	12,59	1	13,15	1	13,48	1	13,95	1	13,53	1
Bolívar	8,50	2	8,10	3	7,83	3	8,18	3	8,54	3
Boyacá	9,57	1	9,61	1	10,17	1	9,96	1	10,02	1
Caldas	8,28	2	8,35	2	7,84	3	9,40	1	9,03	2
Caquetá	5,42	5	6,23	4	5,74	5	5,61	5	5,81	5
Casanare	6,44	4	6,05	5	6,09	5	6,51	4	0,00	5
Cauca	8,05	3	8,26	3	8,37	2	8,34	3	8,15	3
Cesar	8,14	3	8,28	3	7,63	3	8,26	3	8,28	3
Chocó	11,07	1	9,92	1	8,68	2	8,49	3	8,82	2
Córdoba	8,21	3	8,15	3	8,69	2	8,28	3	8,22	3
Cundinamarca	11,00	1	10,96	1	11,15	1	11,77	1	11,23	1
Guainía	9,53	1	7,08	4	7,54	3	6,56	4	6,44	4
Guaviare	5,69	5	5,25	5	6,75	4	5,78	5	4,30	5
Huila	7,14	4	6,85	4	7,04	4	7,19	4	6,80	4
La Guajira	9,38	2	9,13	2	9,48	1	9,39	2	9,71	1
Magdalena	7,71	3	8,33	3	8,43	2	8,53	3	7,66	3
Meta	5,99	5	6,05	5	6,09	5	6,38	4	6,02	5
Nariño	9,41	1	9,18	2	9,63	1	10,24	1	9,68	1
Norte de Santander	6,37	4	6,35	4	6,99	4	7,23	4	7,12	4
Putumayo	5,92	5	5,59	5	6,96	4	5,54	5	6,16	4
Quindío	7,92	3	7,69	3	7,08	4	8,76	2	7,23	4
Risaralda	7,86	3	8,37	2	7,84	3	8,56	2	8,56	2
San Andrés y Providencia	6,59	4	9,37	1	7,16	3	8,97	2	7,64	3
Santander	7,82	3	7,53	3	7,57	3	7,80	3	8,20	3
Sucre	8,87	2	8,79	2	8,85	2	8,84	2	9,26	1
Tolima	6,66	4	6,73	4	6,82	4	6,59	4	6,95	4
Valle del Cauca	8,61	2	8,62	2	8,56	2	8,99	2	8,83	2
Vaupés	5,87	5	5,90	5	7,07	4	6,18	5	3,79	5
Vichada	7,39	4	6,30	4	5,47	5	3,92	5	6,13	4

Tabla 7. Incidencia Sífilis Congénita por Departamentos 2016-2019

Departamento	2016	Quintil	2017	Quintil	2018	Quintil	2019	Quintil
Nacional	1,11		1,40		1,54		0,85	
Amazonas	0,00	5	7,69	1	4,34	1	0,88	1
Antioquia	1,21	2	1,47	3	1,45	3	0,96	1
Arauca	0,91	4	1,77	2	3,08	1	3,78	1
Atlántico	0,56	4	0,35	5	0,82	4	0,44	3
Bogotá	1,35	2	1,21	4	1,39	3	0,82	2
Bolívar	1,94	1	0,99	4	0,97	4	0,71	2
Boyacá	0,99	3	0,94	4	0,87	4	0,30	3
Caldas	1,15	3	2,59	1	1,26	3	1,11	1
Caquetá	2,32	1	1,27	3	1,71	2	0,74	2
Casanare	0,16	5	2,32	2	2,18	1	1,70	1
Cauca	0,93	3	1,53	2	1,85	2	0,82	2
Cesar	0,68	4	0,71	5	0,53	5	0,53	2
Chocó	6,66	1	7,05	1	5,55	1	1,14	1
Córdoba	1,35	2	1,53	2	1,43	3	0,44	3
Cundinamarca	0,62	4	2,40	1	2,10	2	0,88	1
Guainía	1,51	1	0,00	5	0,00	5	0,00	3
Guaviare	3,45	1	2,42	1	0,00	5	0,00	3
Huila	0,46	5	0,74	5	0,67	4	0,41	3
La Guajira	1,19	2	1,35	3	1,90	2	0,95	1
Magdalena	1,16	3	1,11	4	1,13	4	0,29	3
Meta	1,49	2	1,53	2	2,27	1	1,10	1
Nariño	0,56	4	1,47	3	1,10	4	0,92	1
Norte de Santander	0,59	4	0,93	4	1,19	3	0,82	2
Putumayo	0,93	3	1,24	3	1,49	2	0,46	3
Quindío	1,37	2	2,12	2	1,53	2	1,31	1
Risaralda	1,57	1	0,82	4	0,56	5	0,51	2
San Andrés y Providencia	0,00	5	0,00	5	0,00	5	0,00	3
Santander	0,57	4	0,92	4	1,25	3	0,77	2
Sucre	1,32	2	1,48	3	1,57	2	1,15	1
Tolima	1,02	3	1,91	2	2,14	1	0,51	2
Valle del Cauca	0,69	4	1,38	3	1,26	3	0,55	2
Vaupés	0,00	5	3,64	1	0,00	5	0,00	3
Vichada	0,97	3	0,00	5	0,89	4	0,00	3

Anexo 3. Promedio Quintiles Indicadores Salud

Tabla 8. Promedio Criterio Situación en Salud por Departamentos 2016-2019

Departamento	Promedio 2016	Promedio 2017	Promedio 2018	Promedio 2019	Promedio Periodo
Amazonas	3,0	2,0	2,6	1,8	2,4
Antioquia	3,2	3,2	3,2	2,8	3,1
Arauca	4,4	3,4	3,2	3,4	3,6
Atlántico	3,2	3,2	3,2	2,8	3,1
Bogotá	3,4	3,2	3,0	2,6	3,1
Bolívar	1,8	2,4	3,4	2,2	2,5
Boyacá	3,6	3,6	3,2	3,0	3,4
Caldas	3,4	3,2	3,4	2,6	3,2
Caquetá	2,6	2,8	3,4	3,8	3,2
Casanare	4,4	3,2	2,8	3,2	3,4
Cauca	3,0	2,8	2,6	2,8	2,8
Cesar	3,2	3,4	3,4	2,8	3,2
Chocó	1,4	1,0	1,6	1,4	1,4
Córdoba	2,2	2,0	2,4	2,4	2,3
Cundinamarca	2,6	2,6	3,0	3,0	2,8
Guainía	1,8	4,0	3,0	2,6	2,9
Guaviare	2,2	3,6	3,8	3,4	3,3
Huila	4,0	4,0	4,0	3,8	4,0
La Guajira	1,6	1,8	2,0	2,0	1,9
Magdalena	2,8	2,4	2,4	2,6	2,6
Meta	3,4	3,4	3,2	3,0	3,3
Nariño	2,4	2,4	2,2	1,6	2,2
Norte de Santander	3,8	3,8	3,0	3,0	3,4
Putumayo	2,8	3,6	2,8	3,4	3,2
Quindío	3,0	3,6	3,6	2,8	3,3
Risaralda	3,2	3,0	3,4	3,6	3,3
San Andrés y Providencia	3,8	3,2	2,6	2,2	3,0
Santander	4,0	3,6	3,0	2,8	3,4
Sucre	2,2	2,4	3,2	2,6	2,6
Tolima	2,8	3,2	3,4	3,4	3,2
Valle del Cauca	3,6	3,2	3,6	3,2	3,4
Vaupés	3,0	3,0	2,6	3,0	2,9
Vichada	2,8	2,6	2,8	2,4	2,7

Anexo 4. Categorización SGP-Per Cápita

Tabla 9. Categorización SGP-per cápita por Departamentos 2016-2019

DEPARTAMENTO	AÑO									
	2016	Quintil	2017	Quintil	2018	Quintil	2019	Quintil	2020	Quintil
Amazonas	\$ 144.416	5	\$ 148.032	5	\$ 157.138	5	\$ 171.074	5	\$ 277.458	5
Antioquia	\$ 15.549	2	\$ 15.853	2	\$ 16.463	2	\$ 17.706	2	\$ 18.383	1
Arauca	\$ 31.147	4	\$ 34.367	4	\$ 37.431	4	\$ 41.282	4	\$ 37.305	4
Atlántico	\$ 16.538	2	\$ 16.660	2	\$ 19.231	3	\$ 18.851	2	\$ 16.993	1
Bolívar	\$ 19.172	4	\$ 17.573	3	\$ 19.100	3	\$ 21.017	3	\$ 21.905	3
Boyacá	\$ 14.358	1	\$ 14.255	1	\$ 15.103	1	\$ 17.143	1	\$ 23.346	3
Caldas	\$ 12.280	1	\$ 12.300	1	\$ 14.017	1	\$ 13.890	1	\$ 16.120	1
Caquetá	\$ 42.564	5	\$ 44.313	5	\$ 47.734	5	\$ 55.475	5	\$ 56.865	5
Casanare	\$ 29.008	4	\$ 29.113	4	\$ 31.035	4	\$ 27.822	4	\$ 30.167	4
Cauca	\$ 15.799	2	\$ 17.111	2	\$ 18.599	2	\$ 19.805	2	\$ 20.904	2
Cesar	\$ 17.708	3	\$ 16.814	2	\$ 18.958	2	\$ 19.449	2	\$ 19.280	2
Chocó	\$ 28.845	4	\$ 29.932	4	\$ 32.701	4	\$ 39.399	4	\$ 44.549	4
Córdoba	\$ 18.994	3	\$ 19.788	4	\$ 22.134	3	\$ 21.460	3	\$ 23.638	3
Cundinamarca	\$ 13.408	1	\$ 11.923	1	\$ 12.818	1	\$ 13.469	1	\$ 15.748	1
Guainía	\$ 155.203	5	\$ 157.706	5	\$ 164.987	5	\$ 177.117	5	\$ 281.128	5
Guaviare	\$ 87.938	5	\$ 87.713	5	\$ 97.065	5	\$ 107.049	5	\$ 105.917	5
Huila	\$ 18.377	3	\$ 18.932	3	\$ 20.400	3	\$ 20.376	3	\$ 20.640	2
La Guajira	\$ 22.265	4	\$ 23.449	4	\$ 24.875	4	\$ 26.841	4	\$ 25.848	4
Magdalena	\$ 18.320	3	\$ 18.399	3	\$ 19.030	2	\$ 20.791	3	\$ 20.613	2
Meta	\$ 22.972	4	\$ 24.072	4	\$ 25.929	4	\$ 28.750	4	\$ 29.252	4
Nariño	\$ 16.683	2	\$ 17.303	3	\$ 18.389	2	\$ 20.895	3	\$ 23.969	3
Norte de Santander	\$ 15.562	2	\$ 17.030	2	\$ 19.661	3	\$ 18.750	2	\$ 19.005	2
Putumayo	\$ 26.315	4	\$ 25.859	4	\$ 28.728	4	\$ 32.703	4	\$ 32.689	4
Quindío	\$ 14.345	1	\$ 15.146	1	\$ 15.194	1	\$ 17.002	1	\$ 16.489	1
Risaralda	\$ 14.949	1	\$ 14.959	1	\$ 14.846	1	\$ 16.881	1	\$ 16.919	1
Archipiélago de San Andrés	\$ 17.747	3	\$ 18.911	3	\$ 22.390	4	\$ 23.183	4	\$ 32.467	4
Santander	\$ 14.647	1	\$ 15.081	1	\$ 15.573	1	\$ 16.636	1	\$ 18.701	2
Sucre	\$ 16.961	3	\$ 16.887	2	\$ 19.162	3	\$ 20.905	3	\$ 21.865	3
Tolima	\$ 16.529	2	\$ 18.115	3	\$ 17.803	2	\$ 18.820	2	\$ 21.116	3
Valle del Cauca	\$ 15.968	2	\$ 16.390	2	\$ 18.177	2	\$ 19.349	2	\$ 18.597	2
Vaupés	\$ 137.198	5	\$ 140.532	5	\$ 150.575	5	\$ 157.834	5	\$ 231.019	5
Vichada	\$ 95.663	5	\$ 98.619	5	\$ 105.311	5	\$ 114.213	5	\$ 116.307	5

Anexo 5. Disponibilidad de la Información

Tabla 10. Categorización Departamentos según Disponibilidad de Información en Salud Pública

Departamento	ASIS	PTS	PIC	Total
Amazonas	1	0	0	1
Antioquia	1	1	1	3
Arauca	1	1	1	3
Atlántico	0	1	0	1
Bolívar	1	0	1	2
Boyacá	1	1	0	2
Caldas	1	1	1	3
Caquetá	1	0	1	2
Casanare	1	1	1	3
Cauca	1	0	1	2
Cesar	0	0	0	0
Chocó	0	1	0	1
Córdoba	1	1	0	2
Cundinamarca	1	1	1	3
Guainía	1	1	1	3
Guaviare	1	0	0	1
Huila	1	1	1	3
La Guajira	1	1	0	2
Magdalena	1	0	0	1
Meta	1	0	1	2
Nariño	1	1	1	3
Norte de Santander	1	1	1	3
Putumayo	1	1	0	2
Quindío	1	0	1	2
Risaralda	1	1	1	3
San Andrés y Providencia	1	1	1	3
Santander	1	1	0	2
Sucre	1	1	0	2
Tolima	0	1	1	2
Valle del Cauca	1	1	1	3
Vaupés	1	1	0	2
Vichada	1	0	0	1

Referencias

- DNP, MINSALUD, DANE, CANCELLERIA, & UNFPA. (2018). *Análisis de Situación de Población - ASP Colombia 2018. Resumen Ejecutivo*.
<https://www.refworld.org.es/pdfid/5c1972884.pdf>
- Medina Vásquez, J., Ortiz, F., Franco, C. A., & Aranzazú, C. (2010). *Matriz de priorización para la toma de decisiones*.
Resolución 518, (2015).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Metodología para el monitoreo y evaluación de los Planes Territoriales de Salud Estrategia PASE a la Equidad en Salud*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/metodologia-monitoreo-eval-pts.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia ASIS 28112013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Conceptuales*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD - Guia Conceptual.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Respuesta a preguntas frecuentes sobre la implementación de la Resolución 518 de 2015*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Orientaciones sobre la Planeación Integral en Salud*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-pts.pdf>

Decreto Legislativo 683, (2020).

[https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 683 DEL 21 DE MAYO DE 2020.pdf](https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20683%20DEL%2021%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf)

Quiroa, M. (2021). *Matriz de priorización*. Economipedia.com.

<https://economipedia.com/definiciones/matriz-de-priorizacion.html>