



La salud
es de todos

Minsalud



Orientaciones para la implementación de la estrategia Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS).

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.
Bogotá, 2019



**La salud
es de todos**

Minsalud

JUAN PABLO URIBE RESTREPO

Ministro de Salud y Protección Social

IVAN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

AIDA MILENA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

Directora de Promoción y Prevención

ELABORACIÓN

DANIEL FERNÁNDEZ GÓMEZ
LORENZA BECERRA CAMARGO
ALEX SMITH ARAQUE SOLANO
RAFAEL HENAO

Referentes Técnicos Estrategia CERS - MSPS

APORTES TÉCNICOS

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Harold Mauricio Casas Cruz
Subdirector

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

José Fernando Valderrama Vergara
Subdirector

Grupo Modos, Condiciones y Estilos de vida Saludable

Sandra Tovar Valencia
Coordinación técnica

Liliana Yaneth Rojas Cárdenas

Entorno educativo universitario
Prevención consumo nocivo de alcohol

Aldemar Parra Espitia

Entorno comunitario

Lorena Viviana Calderón Pinzón

Andrea Lara Sánchez
Control de tabaco

Julieth Pilar Uriza Pinzón

Entorno Educativo escolar e Institucional

José Luis Salamanca Pérez

Entorno laboral formal e informal

Catalina del Pilar Abaunza Rodríguez

Promoción de la actividad física

Nidya Hurtado Jiménez

Movilización Social – Redes sociales y comunitarias

Blanca Cecilia Hernández Torres

Adriana Gómez Gómez

Víctor Andrés Ardila Palacios

Promoción alimentación saludable

Sara Torres

Referente técnico Grupo Entornos - Subdirección de Salud ambiental

Tabla de contenido

1.	PRESENTACIÓN.....	8
2.	JUSTIFICACIÓN.....	9
3.	MARCO NORMATIVO.....	13
4.	OBJETIVOS.....	14
5.	EJES OPERATIVOS PARA SU DESARROLLO.....	15
6.	RELACIÓN ENTRE CIUDADES, ENTORNOS Y RURALIDADES.....	23
7.	ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CERS.....	24
	BIBLIOGRAFÍA.....	35
	ANEXOS.....	36

Lista de siglas y acrónimos

APS:	Atención Primaria en Salud
ASIS:	Análisis de situación de Salud
AT:	Asistencia Técnica
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
CERS:	Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable
DNP:	Dirección Nacional de Planeación
DSS:	Determinantes Sociales en Salud
ENT:	Enfermedades No Transmisibles
EPS:	Empresas Promotoras de Salud
ESE:	Empresas Sociales del Estado
ICA:	Instituto Colombiano Agropecuario
IPS:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IVC:	Inspección, Vigilancia y Control
MIAS:	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAIS:	Política de Atención Integral en Salud
PTD:	Plan(es) Territorial (es) de Desarrollo
PDET:	Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública
POA:	Plan Operativo Anual
POAI:	Plan(es) Operativo(s) Anual(es) de Inversiones
POS:	Plan Obligatorio de Salud
POT:	Plan de Ordenamiento Territorial
PTS:	Plan(es) Territorial (es) de Salud
RRI:	Reforma Rural Integral
RPMS:	Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
RIAS:	Rutas Integrales de Atención en Salud
SGP:	Sistema General de Participaciones
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO:	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA:	Sistema Nacional de Vigilancia

Listado de Gráficas

- Figura 1.** Elementos que tiene en cuenta CERS.
- Figura 2.** Marco Normativo
- Figura 3.** CERS y los diferentes instrumentos de planeación
- Figura 4.** CERS en la PAIS Y MIAS
- Figura 5.** Las relaciones entre CERS y entornos
- Figura 6.** La implementación de CERS
- Figura 7.** El despliegue de CERS
- Figura 8.** El despliegue de CERS

Listado de tablas

- Tabla 1.** Eje Demográfico
- Tabla 2.** Eje Económico
- Tabla 3.** Eje Social
- Tabla 4.** Eje Ambiental
- Tabla 5.** Eje Financiero
- Tabla 6.** Identificación de actores
- Tabla 7.** Sistema de componente y ponderaciones de un índice compuesto
- Tabla 8.** Plan de acción CERS

1. PRESENTACIÓN

Las sociedades modernas afrontan desde finales del siglo pasado dos retos íntimamente relacionados: la transición demográfica y la transición epidemiológica, lo cual, ligado a los procesos de globalización a nivel mundial, las comunicaciones y el desarrollo tecnológico, entre otros, generan grandes desafíos en la garantía del goce efectivo de los derechos; en un país de profundas desigualdades sociales, donde los logros ganados en el control de las enfermedades infecciosas (inmunoprevenibles) se pierden, por causas como los accidentes del hogar y de tránsito, homicidios, enfermedades re-emergentes y las no transmisibles, que actualmente representan la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenibles en nuestro país.

La salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar. La transformación de los resultados en salud de las personas no depende sólo de la atención sanitaria sino de “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, que tienen que ver con el contexto social, ambiental y político de los países, y con las condiciones de vida de cada persona (OMS, 2009). La inequidad en salud debe ser una prioridad en las agendas políticas nacionales y locales, un tema de discusión permanente entre diferentes actores y en diferentes escenarios.

La estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS), hace parte de la Política de Atención Integral Salud (PAÍS), la cual propone posicionar la salud como el fin de una sociedad, a través del desarrollo progresivo de intervenciones estructurantes dirigidas a promocionar y mantener la salud en el ordenamiento territorial, con participación de actores, sectores y comunidad, con acciones integrales en todo el curso de la vida y los entornos en donde se desarrolla la vida.

Esta guía, promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), recoge entre otros, los productos resultantes del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el MSPS y la OPS, así como las recomendaciones de organismos internacionales como el Banco Interamericano de desarrollo (BID), que a través de su propuesta Ciudades Emergentes y Sostenibles (CES), propone bajo una visión multisectorial, aportar en la sostenibilidad ambiental, urbana, fiscal y de gobernabilidad de las ciudades de la región (BID, 2014). A continuación, se describe una ruta que puede ser adoptada o adaptada por los gestores locales y todos aquellos actores institucionales y de la sociedad civil, interesados en el mejoramiento de la salud de las poblaciones, constituyéndose en un pacto por la salud, en condiciones de igualdad.

2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los objetivos centrales de Ciudades Saludables es resolver las desigualdades consideradas injustas y evitables entre grupos sociales y territorios. Gran parte de las enfermedades presentes en el país, dependen de manera fundamental de los Determinantes Sociales en Salud (DSS), los cambios demográficos, la urbanización creciente con inadecuada planificación, estilos de vida malos, hábitos alimentarios poco saludables, entre otros.

La estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS) aborda de forma amplia los problemas territoriales de salud del campo y la ciudad en sus diferentes entornos, dado que la mitad de la población mundial vive en las ciudades, y se observa una creciente pobreza y desigualdad en el campo, siendo responsabilidad de todos los líderes que direccionan las políticas, lograr la inclusión e igualdad de toda la población.

La evidencia muestra, que la urbanización puede y debería ser benéfica para la salud, en donde las naciones con altas expectativas de vida tienen líderes que direccionan sus políticas sobre los principales DSS, logrando alcanzar expectativas de vida superiores a los 75 años. Se requiere entonces, un fuerte compromiso político para alcanzar una sobresaliente gobernabilidad urbana, que permita mejoramientos sustanciales de las condiciones de vida y equidad en salud (OMS, 2007). El planeamiento y diseño de los sistemas urbanos, el sistema de abastecimiento, la red de servicios públicos, el transporte público, la movilidad, las zonas verdes y los parques,

los equipamientos, entre otros, tienen un impacto directo sobre las ofertas de bienes y el gasto de los hogares, por consiguiente, una fuerte incidencia en la salud de la población. Una planeación técnica de las ciudades por la salud, permitirá mejorar el acceso y precios de los alimentos, el saneamiento básico, el uso de sistemas de movilidad no agresivos con la naturaleza y la promoción de la actividad física en los parques y equipamientos que se desarrollen.

La propuesta de Ciudades Saludables no es nueva en nuestro contexto. En 1992 el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud lanzaron una estrategia denominada “Municipios Saludables”, que en 1996 se transformó en “Municipios Saludables por la Paz”, estrategia se fundamentaba en los siguientes elementos: la promoción de la salud a partir de la participación ciudadana; la acción política por la

paz; y la renovación de los servicios de salud, considerando los entornos como estrategia por la salud (Montes & Calderón, 2003). Lo anterior, y en coherencia con lo planteado en la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Shanghái (2016), “La salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido (...)”, se insta a los países a invertir en la salud, a garantizar la cobertura sanitaria universal y a reducir las desigualdades entre las personas en todo el curso de vida.

Así entonces, resulta fundamental el compromiso de los gobiernos locales por la salud,

el cambio institucional, la creación de capacidad, de planeación basada en la asociación y proyectos innovadores; es decir, centrar la gestión y la planificación urbana y rural alrededor de la salud y la equidad sanitaria, mediante inversiones sostenidas, así como políticas y procesos que promuevan la igualdad e inclusión, que faciliten el acceso a bienes básicos, la cohesión social, el bienestar físico y psicológico y la protección del medio ambiente, entre otros.

El municipio saludable fue definido como: “aquel que habiendo logrado un pacto social entre las organizaciones representativas de la social civil, las instituciones de varios sectores y las autoridades políticas locales, se compromete y ejecuta acciones de la salud con miras a mejorar la calidad de vida de la población” (OPS, 2004). Los objetivos implementados entre 1987 y 2015, se dirigieron, entre otros, a: (i) un mayor conocimiento de las comunidades sobre la transversalidad de la salud; (ii) identificar mejores formas de prevenir y resolver los efectos de la morbi-

mortalidad en el territorio urbano-rural; (iii) orientar la política pública y la planificación de la salud en la ciudad y el campo con énfasis en los DSS; (iv) fortalecer la participación democrática de la ciudadanía; (v) la salud y el bienestar; (vi) la actividad física en la vida cotidiana y los cambios urbanos y rurales apropiados para su realización; (vii) el cuidado del medio ambiente; vida saludable; la salud y el diseño urbano y rural pertinente (Adaptado de OMS, 1995). Es decir, prioriza acciones que tienen como objetivo la salud, la equidad y la justicia social.

Desde la perspectiva de las ruralidades saludables, implica favorecer de manera sustancial la reducción las condiciones de pobreza e inequidad de la población campesina y mitigar el impacto negativo en la degradación de los recursos naturales; siendo el concepto de desarrollo sostenible en el campo, una necesidad derivada de la dualidad tradicional entre las economías comercial y campesina, que origina un notable detrimento económico y social de esta última.

Dentro de los elementos que CERS sugiere tener en cuenta, entre otros, están:

- Regulación de desequilibrios en el medio rural.
- Generación de ingresos y reducción de la pobreza.
- Reconocimiento del potencial para el desarrollo a largo plazo del medio rural.
- Creciente importancia del desarrollo focalizado en unidades territoriales.
- El desarrollo humano como objetivo del desarrollo en el campo.
- Fortalecimiento de la democracia y de la ciudadanía en lo rural.
- Crecimiento económico con equidad.
- Sostenibilidad del desarrollo.
- El capital social como sustento de las estrategias de desarrollo.
- La implementación de programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PEDET) para
- La inclusión de la salud en todas las políticas.

Figura 1. Fuente: Adaptación MSPS - Grupo Modos, Condiciones y Estilos- CERS. 2017.

Para el gobierno Colombiano, la estrategia CERS está enmarcada en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND) (Ley 1753 de 2015), cuyos componentes centrales proponen: desarrollo de una normatividad básica vinculante; búsqueda de una vida digna, bienestar y calidad de vida de la población; promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, el cual reconoce que los factores sociales, económicos, culturales, ambientales, ocupacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, determinan la aparición de las enfermedades. En este sentido el logro en equidad en salud trasciende las intervenciones del sector, e insta al gobierno nacional a través de la Ley 1751 de 2015, a implementar una Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que permita la articulación intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y aportar por una paz duradera en las ciudades y el campo.

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), pone a disposición un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, entre otros) que integran los objetivos del sistema de salud.

La PAIS cuenta con un marco estratégico y operativo centrado en el individuo, su bienestar y desarrollo. El marco operacional de la política está definido por el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que pone a disposición un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, entre otros) que integran los objetivos del sistema de salud; propone intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en las ciudades y entornos a lo largo del curso de su vida, orientadas al bienestar y el mantenimiento

de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la rehabilitación y la reducción de la discapacidad, a través de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que articulan las acciones de los integrantes del sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador), con otros sectores.

La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), está dirigida a promover la salud, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades. Reconoce que a todas las personas se les debe garantizar el acceso a una serie de atenciones/intervenciones en el curso de su vida, para desarrollar sus capacidades y promover el más alto nivel de bienestar, individual y colectivo; de tal forma que se constituyen en una ruta universal de atención integral, que deberán ser adaptadas a las realidades de cada territorio del país, en el marco de las cuales se desarrollan acciones individuales, colectivas y poblacionales, enfocadas en facilitar el desarrollo integral y multidimensional de las personas, con miras a garantizar el derecho a la salud.

De igual forma Colombia, a través de la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial No. 388 de 1997, en la sección correspondiente al área rural, especifica objetivos y estrategias para la integración entre lo rural y lo urbano, a fin de alcanzar los objetivos ecológicos y ambientales, en especial respecto al manejo hídrico del territorio, el cambio climático, la identidad, y el arraigo del campesinado a la tierra, a partir de la definición de una política rural, clara y precisa para el territorio¹. Así mismo,

¹ En la actualidad el Ministerio de Agricultura implementa la política de "Colombia Siembra" entre el 2015 y el 2018. Las 5 apuestas de dicha política corresponden a: "mapa de zonificación agrícola (optimizar el uso del suelo según la aptitud productiva de cada zona del país); programa extensión rural y asistencia técnica; programa de administración de riesgos agropecuarios; mejorar el acceso al crédito; escuelas de emprendimiento rural...objetivos: aumentar la oferta agropecuaria para garantizar la seguridad alimentaria del país; incrementar el área y los rendimientos destinados a la producción y el fomento de las exportaciones agropecuarias y agroindustriales; impulsar el desarrollo de los negocios agropecuarios para mejorar los ingresos de los productores; fortalecer el desarrollo tecnológico y los servicios en el sector agropecuario". Disponible en: <http://colombiasiembra.minagricultura.gov.co>.

en el acuerdo de Paz No. 1 “Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral”, se establecen compromisos claves en materia de las ruralidades, el campo y la tierra, considerando como elementos relevantes y relacionados con la salud rural: (i) el reconocimiento del papel de la economía campesina, familiar y comunitaria en la erradicación de la pobreza, y la producción de alimentos; (ii) la posibilidad de disponer de alimentos saludables con la oportunidad, oferta adecuada y precios razonables; y (iii) la participación ciudadana como pilar fundamental en la reforma rural integral.

“Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral”, se establecen compromisos claves en materia de las ruralidades, el campo y la tierra.

Entre los principios para llevar a cabo la reforma se destacan, entre otros: (i) el bienestar y el buen vivir de la población a partir de la erradicación de la pobreza; (ii) priorización de la población más pobre y marginada del campo; (iii) la integralidad en la política relacionada con la propiedad de la tierra, asistencia técnica, riego y comercialización de los productos de origen campesino; (iv) garantía de alimentación sana para la población, a partir de políticas locales, departamentales y regionales; (v) desarrollo sostenible en términos sociales y ambientales.

En otros términos, la política de la salud rural en los acuerdos de paz está en consonancia con la estrategia CERS, en lo relacionado con: la integración del campo y la ciudad, el mejoramiento de las condiciones de vida del campesino a partir de la oferta de servicios públicos (educación, salud, acceso a agua potable, electricidad, etc.) con oportunidad y calidad, el amplio desarrollo de la seguridad humana,

Desde la perspectiva de CERS, la Reforma Rural Integral se constituye en la oportunidad para promover y potenciar las ruralidades saludables, mediante la construcción de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).

el impulso de las comunicaciones y la movilidad (teléfono, internet, vías secundarias), vivienda digna, política integral de seguridad alimentaria, área rural sostenible, desarrollo de centros poblados, conservación del sistema ecológico, hídrico y ambiental, asesoría técnica en temas de productividad de pecuaria, crédito, la salud como servicio esencial en el posconflicto, participación comunitaria y su representatividad, articulación de la política pública, control a la expansión urbana, espacio público y áreas protegidas; etc².

En este sentido y desde la perspectiva de CERS, la Reforma Rural Integral se constituye en la oportunidad para promover y potenciar las ruralidades saludables, mediante la construcción de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), con los que se busca la transformación estructural del campo, logrando implementar intervenciones poblacionales para que las comunidades vivan mejor, promoviendo la salud física y mental, con relevancia en los efectos ocasionados por el conflicto, la reparación integral y la reconciliación en los territorios saludables.

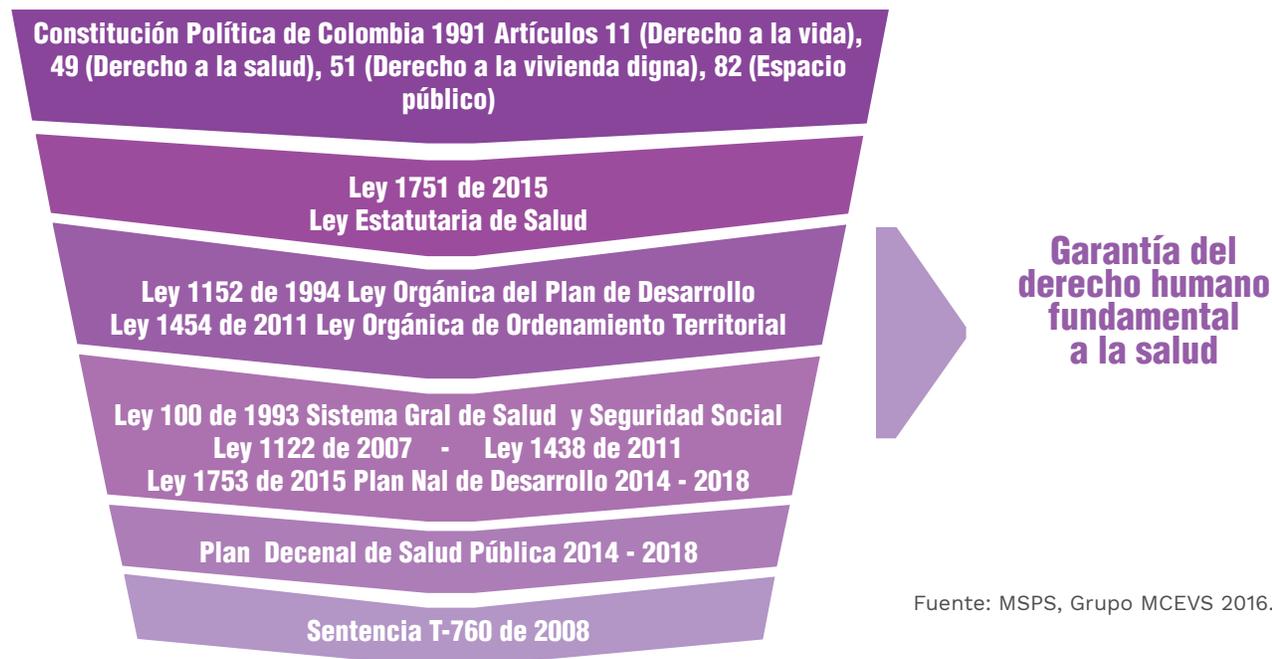
Este documento será adaptado a la realidad de cada territorio, en una lógica de construcción conjunta de los procesos y trabajo colaborativo, para hacer de la gestión e implementación de la Política Pública un asunto de todos.

² A manera de ejemplo ver: DECRETO 327 DE 2007 (Julio 25): «Por el cual se adopta la Política Pública de Ruralidad del Distrito Capital»

3. MARCO NORMATIVO

A continuación, se expresa mediante el siguiente gráfico el ordenamiento jurídico que soporta y legitima el alcance de la estrategia CERS.

Figura No.2: Marco normativo



Fuente: MSPS, Grupo MCEVS 2016.

El gráfico anterior da cuenta del robusto andamiaje jurídico que rodea la implementación de CERS en Colombia, el cual, entre otras, busca materializar el derecho humano fundamental a la salud a través de las siguientes acciones: (i) buscar la igualdad en trato, oportunidad, acceso a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ley 1751 de 2015 - Estatutaria); (ii) fortalecer los programas de salud pública (Ley 1122 de 2007); (iii) fortalecer la Atención Primaria en Salud (Ley 1438 de 2011); (iv) reducir las brechas territoriales y poblacionales y (v) asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales (salud, educación y vivienda) para toda la población (Ley 1753 de 2015, PND 2014-2018).

La estrategia CERS a partir de su comprensión e implementación, contribuye de manera estructural y mediante intervenciones po-

blacionales, en el cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas, entre otros, del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP), de la PAIS y MIAS, definido en el marco de la Ley Estatutaria; así mismo del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018, en su Tomo 1. VI. Movilidad social. Este plan, es el primer instrumento jurídico en Colombia que aborda las **Ciudades Saludables** como una estrategia para generar hábitos de vida saludable, y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles. Sus bases, señalan el reposicionamiento del sector salud como generador de bienestar y no solo como proveedor de servicios para el tratamiento la enfermedad³. Reconoce que para la promoción de CERS, se requiere de la articulación de la estrategia en los diversos instrumentos de política pública con la que cuentan los territorios desde una perspectiva intersectorial.

3 Documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

4. OBJETIVOS

General

Promover en los gobiernos, instituciones y sectores en sus diferentes niveles, y en la sociedad civil en sus diversas expresiones, un pacto social por la salud y justicia social, a través de la construcción y el mejoramiento de condiciones estructurales poblacionales, económicas, sociales, ambientales, culturales y de salud poblacional en las ciudades, entornos y ruralidades, en garantía y reconocimiento de los derechos de las personas.

El propósito de promover ciudades, entornos y ruralidades saludables (CERS), se dirige entonces a fomentar el diseño y articulación de políticas, programas y acciones estructurales alrededor del bienestar, la calidad de vida y el goce efectivo de derechos, para la promoción y el mantenimiento de la salud de la sociedad, desde una perspectiva territorial que aborda el ámbito urbano, rural y rural disperso, que facilita la promoción de entornos saludables.

Específicos

- Favorecer acciones y decisiones intersectoriales en defensa de la salud (PDSP 2012-2021, PND 2014-2018) desde el orden nacional y su articulación con los instrumentos de planeación territoriales (POT, PDT, PTS), mediante la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.
- Promover y articular la Ruta de Promoción y Mantenimiento en su componente poblacional a través de los instrumentos de planeación nacional y territorial en el marco del MIAS y la PAIS.



5. EJES OPERATIVOS PARA SU DESARROLLO.

5.1. Contexto

La implementación de la estrategia CERS, se realiza a partir del principio de autonomía establecido en la Constitución Política de 1991 y en la normatividad vigente, mediante la concertación de las autoridades de las entidades territoriales (municipios, distritos y departamentos) con la sociedad organizada y sus comunidades. Se propone adoptar estrategias y medios articulados y armonizados con las políticas de los diferentes niveles de gobierno, y en el marco de las competencias y funciones definidas en la normatividad vigente (DNP, 2012).

La estrategia CERS, se considera un proceso en el marco de la PAIS, que tiene como propósito el desarrollo de intervenciones poblacionales para intervenir las causas de los problemas de la salud y la calidad vida, mediante el compromiso de sus gobernantes y ciudadanos por un ordenamiento territorial por la salud; considerando la ciudad y ruralidad como un organismo complejo que vive, respira, crece y cambia constantemente, que permite mejorar el entorno y sus recursos para que la gente pueda apoyarse unos a otros y lograr el mayor potencial posible de salud. (OMS, 1995).

Así entonces, las intervenciones poblacionales definidas en la RPMS, son de carácter estructural y requieren de la acción intersectorial para su desarrollo⁴. Se realizan bajo el liderazgo de la Nación y de las Entidades Territoriales y su alcance puede ser nacional,

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Documento Orientaciones para la Intersectorialidad. Bogotá D.C.

departamental o municipal (de acuerdo con sus competencias), con el fin de afectar los determinantes estructurales y crear condiciones por la salud de los grupos y poblaciones.

La estrategia CERS tiene como propósito el desarrollo de intervenciones poblacionales para intervenir las causas de los problemas de la salud y la calidad vida, mediante el compromiso de sus gobernantes y ciudadanos por un ordenamiento territorial por la salud.

Estas intervenciones se orientan, entre otras a: (i) promover actuaciones para resolver problemas de interés público: ej. reducción de la enfermedad cardiovascular a través de la regulación de los contenidos de sodio en alimentos procesados; (ii) regular intereses en conflicto frente a la garantía del derecho a la vida y la salud: fijación de impuestos a bebidas azucaradas; (iii) desestimular un tipo de comportamiento o práctica que incida de manera negativa en la salud de la población: restricción del porte de armas; política de seguridad vial (control conducción bajo efectos alcohol); (iv) generar o modificar entornos que promuevan la salud, el bienestar y el desarrollo de las personas.

En este sentido, al sector salud le corresponde: generar evidencia, expedir e implementar reglas, preceptos, normas y medidas legislativas, evaluar el impacto en salud de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales en términos de resultados en salud, reduc-

ción de inequidades y modificación de DSS e implementar mecanismos de vigilancia y control, ejecutadas por la Nación, las entidades territoriales y demás actores conforme sus competencias.

Para el despliegue e implementación de los ejes operativos de la estrategia CERS, se parte de tres conceptos básicos. El primero, **Desarrollo Integral**, proceso de transformación multidimensional, sistémico, sostenible e incluyente, generado de manera planeada para lograr el bienestar armónico de la población y equilibrio con lo ambiental, lo socio-cultural, lo económico, y lo político-administrativo en un territorio determinado (DNP, 2012). El segundo, **Territorio**, da cuenta de la interacción entre la población y la base física, espacial y ambiental para la producción y reproducción del grupo social, en donde reconoce como propio un espacio geográfico determinado, dándole un nombre, delimitándolo y otorgándole un sentido y una historia, cuyo resultado son entidades territoriales con características diferenciadas en materia poblacional, socio-cultural, económica, productiva, am-

biental y político-administrativa (DNP, 2012). El tercero, se refiere a **los diferentes entornos** donde ocurren y tienen lugar las distintas manifestaciones, actividades y existencia de los seres humanos, y de estos en su vida en sociedad. Permiten comprender la complejidad de la realidad de las entidades territoriales, así como sus interrelaciones e interacciones (DNP, 2012).

5.2 Descripción de los ejes:

Para efectos de la implementación de CERS, los ejes operativos identifican los determinantes estructurales que se gestionan por otros sectores y actores, se interrelacionan y desarrollan como ordenadores para impactar las causas que afectan la salud de la población, a través de intervenciones poblacionales y decisiones de política pública territorial. Así entonces, los ejes de actuación operativa en la estrategia CERS en el marco estratégico de la PAIS, son: poblacional, económico, ambiental, social y financiero. A continuación, se describe cada uno de ellos:

Eje No.1: Demográfico⁵

Alcance

Busca identificar y reconocer las características básicas de la población con la cual se realiza la planeación territorial, lo cual incluye: personas que componen el territorio, dónde se encuentran, quiénes son en términos del curso de vida, su edad, sexo, pertenencia a grupos étnicos y lo relacionado con su movilidad, en cuanto a cómo se desplazan en el tiempo y en la geografía del territorio.

Define el tamaño, crecimiento, estructura y distribución de la población en los territorios, los cuales a su vez se nutren del comportamiento de la natalidad y la mortalidad, y del comportamiento de la inmigración y la emigración. Así entonces, con base en las proyecciones demográficas se puede estimar la oferta en salud, vivienda, educación, empleo, principalmente, los cuales varían según la edad y el sexo de las personas.

Descripción

Tiene como propósito comprender procesos de producción y reproducción biológica y socioeconómica, agregados poblacionales, ritmos y tendencias de crecimiento que influyen en la composición y la distribución de la población en el territorio a lo largo del tiempo, y en la formulación de las políticas públicas basadas en la evidencia¹. Este eje da cuenta de los componentes demográficos y la relación de estos con el territorio.

⁵ Tomado y adaptado de Guías para la gestión pública territorial. DNP, 2012.

Hace visible a las poblaciones en situación riesgo, vulnerabilidad y exclusión, y condiciones de vida mínimas. Igualmente, permite identificar y focalizar intervenciones afirmativas y diferenciales relacionadas con el género (mujeres y hombres), al curso de vida (niñez, infancia, adolescencia, adulto mayor), a la etnia (indígenas, raizales, afrocolombianos, R-rom), a la discapacidad y a la orientación sexual (lesbianas, gay, bisexuales o transexuales). Permite comprender y proyectar los territorios en términos de población y necesidades futuras.

Desde la perspectiva de un ordenamiento territorial por la salud, la interacción de la población y los entornos intencionaliza, crea y recrea permanentemente el territorio en el que se transforma la cotidianidad de las personas. Al mismo tiempo, la población es transformada por las condiciones que le impone el territorio y todo lo que lo compone, incluso lo ambiental².

Algunos indicadores a manera de ejemplo:

<ul style="list-style-type: none"> • Tamaño o número de habitantes residentes en el territorio; • Crecimiento total o número de nuevas personas habitantes, número que se incrementa, mantiene o reduce en un periodo de tiempo considerado (generalmente un año) • Estructura o conjunto de grupos con diferentes características de edad y sexo, étnicas y socioculturales. • Distribución geográfica o la concentración más o menos alta de población en determinadas zonas del territorio (Cabeceras y Restos municipales, de carácter urbano o rural). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hogares unipersonales privados como porcentaje del número total de hogares. • Esperanza de vida al nacer. • Esperanza de vida a la edad x población económicamente activa (PEA). • Relación de dependencia (demográfica). • Tasa de mortalidad infantil. • Tipología del hogar según su composición. • Número de hogares según tipología. • Tamaño promedio de los hogares.
---	--

Ejemplo

Proyecciones poblaciones asociadas a la producción de bienes y servicios, que permitan intervenir y definir la vocación del territorio asociado a las necesidades poblacionales.

¿Dónde puede ampliar información?

Guía para el análisis demográfico local, Fondo de Población de las Naciones Unidas – Universidad Externado de Colombia. Bogotá, julio 2009.

Esta guía Disponible para consulta en la página web:
http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/dinamicasdemografia.pdf

Tabla 1.

Eje No.2: Económico⁶

Alcance

Busca evidenciar la relación de la capacidad de transformación productiva y generación de valor agregado, competitividad, innovación empresarial y emprendimiento, la generación y retención de excedentes, la atracción de inversiones, el desarrollo económico local, la construcción de sistemas productivos en el territorio, y su relación directa con las condiciones de vida de las personas que habitan en los municipios, en clave de salud para todas las políticas.

Este eje contribuye a generar intervenciones poblacionales para la promoción y fomento del desarrollo local incluyente, y a crear condiciones para asumir los retos que implica la competencia en los mercados locales en los territorios³. Se enfoca en aspectos relacionados con producción, distribución, comercialización y consumo, vocación económica, niveles de empleo y desempleo, distribución del ingreso, uso de tecnologías, etc. La perspectiva económica aprovecha los recursos ambientales convirtiéndolos en bienes para el consumo de la sociedad.

⁶ Ídem

Descripción	
<p>A partir de la comprensión de cómo afectan las condiciones económicas la salud de las habitantes de un territorio, este eje favorece la definición y formulación de políticas públicas integrales, para la construcción de sistemas productivos del territorio; en clave de desarrollo económico local endógeno en primera medida, y posteriormente en la capacidad de potencializar los municipios en una perspectiva de desarrollo regional. El eje está relacionado con la economía solidaria, incluyente e inclusiva, y la capacidad de los territorios de generar valor a partir de la cualificación de las personas que habitan en los municipios.</p>	
Algunos indicadores a manera de ejemplo:	
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de formalidad laboral (% de la población ocupada): Meta nacional a 2018: 52,0 % -Meta nacional a 2030: 60,0 %. • Tasa de desempleo. • Tasa de dependencia ocupacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proxi tasa global de participación. • Actividades económicas por municipio. • PIB per cápita. • Índice de industrialización. (Industria / comercio- kw).
Ejemplo	¿Dónde puede ampliar información?
<p>Reforzamiento de los niveles de empleo y desempleo, promoción de la asociatividad y formalización de emprendedores; acceso a financiación y desarrollo de cadenas de valor y de iniciativas empresariales asociadas a la vocación del territorio.</p>	<p>Perfiles productivos territoriales. Proyecto Red de Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo - RED ORMET-Desarrollo económico local (DEL) www.ledknowledge.org.</p>
Tabla 2	

Eje No.3: Social⁷

Alcance
<p>Busca evidenciar procesos que involucran a la población en aspectos relacionados con organización y el fortalecimiento de competencias para el desarrollo, la salud, la educación, la seguridad social, la cultura, el deporte y recreación, la calidad de vida, el conocimiento, la ciencia, la tecnología.</p> <p>Identifica elementos que posibilitan o limitan las oportunidades de desarrollo, buen vivir y el despliegue de las capacidades de la población, la fragilidad o robustez de la cohesión social y de aquellas situaciones que generan riesgo, inequidades, exclusión social, incluso la fractura de la acción colectiva.</p>
Descripción
<p>Contribuye y potencializa orientaciones y regulaciones derivadas de la tradición, la cultura, la religión, las creencias, valores, imaginarios y prácticas sociales, las formas de producción de conocimiento y tecnología, así como las reglas que definen el acceso a bienes y servicios, y las condiciones de vida de la población que contribuyan y garanticen la orientación del gasto social hacia la construcción de sociedades más equitativas, incluyentes y justas, para el goce efectivo de los derechos.</p> <p>Así entonces, se observa una interrelación derivada de la posición socioeconómica que tiene amplia repercusión en la condición social de la población, de manera especial, en la capacidad adquisitiva, la posición ocupada en el gradiente social, el estrato socioeconómico, la pobreza y en los niveles educativo, cultural y político.</p> <p>La pertenencia a grupos étnicos se vuelve definitiva para el acceso o no a servicios públicos fundamentales, por ello resulta importante analizar como propone la OMS, entre otras, si existe: un amplio y prologado desempleo, grupos minoritarios que sufren desventajas particulares y cuál es el grado de interés por la salud entre la población en general.</p>

⁷ Adaptado de la Dimensión Socio-Cultural. Guías para la gestión pública territorial. DNP, 2012.

Algunos indicadores a manera de ejemplo:

<ul style="list-style-type: none"> • Índice de pobreza multidimensional (%). Línea base (2015): 20,2 %. Meta nacional a 2018: 17,8 %. Meta nacional a 2030: 8,4 %. • Coeficiente de GINI. Línea base (2015): 0,522. Meta nacional a 2018: 0,520. Meta nacional a 2030: 0,480. • Hogares urbanos con déficit cuantitativo de vivienda (%). Línea base (2015): 6,7 %. Meta nacional a 2018: 5,5 %. Meta nacional a 2030: 2,7 %. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de cobertura en educación superior (%). Línea base (2015): 49,4%. Meta nacional a 2018: 57,0 %. Meta nacional a 2030: 80,0 %. • Promedio de años de escolaridad. urbano/rural. • Tasa de analfabetismo y analfabetismo funcional. • Coberturas de aseguramiento. • % de mujeres en cargos directivos en el estado colombiano.
--	--

Ejemplo

¿Dónde puede ampliar información?

Programas y proyectos encaminados a disminuir desigualdades e impactar los factores que generan pobreza y exclusión, aumentar los niveles de educación con calidad, programas para población diferencial, etc.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
Estrategia PASE a la Equidad en Salud.
Lineamientos técnicos y operativos planeación y gestión integral en salud, en el marco del PDSP 2012-2021.
El papel de Gobernadores y alcaldes.

Tabla 3

Eje No.4: ambiental⁸

Alcance

Este eje reconoce las estructuras ecológicas y ambientales de cada territorio, tanto en sus potencialidades como en las oportunidades. Se relaciona de manera directa con los demás ejes, se transforma a partir de la cotidianidad de las poblaciones y estas a través de este, lo cual se evidencia en mayor medida, cuando se convierte en riesgo para la población o amenaza para la sostenibilidad ambiental.

Es fundamental, comprender y definir estrategias para garantizar la preservación y conservación de la base ambiental, promover el uso sostenible de los recursos naturales, introducir nuevos escenarios de desarrollo, y prever los riesgos y las acciones para su superación y/o mitigación desde una perspectiva de gestión de riesgo de desastres, relacionada con fenómenos de origen socio - natural, tecnológico y humano no intencional. Es un eje definitivo en términos de los efectos del calentamiento global, suministro recursos hídricos, agua potable, calidad del aire, riesgos químicos, flora, paisajismo, lo cual condiciona la posibilidad o no de disponer de un desarrollo sostenible y saludable para el territorio.

Descripción

En este eje se consideran dos aspectos:

- El ambiente natural:** hace referencia al reconocimiento de los ecosistemas del territorio y a su proceso de transformación permanente, ocasionado, entre otros, por el desarrollo de actividades humanas de producción, extracción, asentamiento y consumo. Indaga si es sostenible la forma en que se satisfacen las necesidades del presente y aboga por garantizar que las futuras generaciones puedan satisfacer las suyas.
- El ambiente construido:** asociado al hábitat construido, la definición de la localización de infraestructuras, servicios y equipamientos, la determinación de las unidades de actuación urbanística, las economías externas y de aglomeración, los vínculos y accesibilidad, las funciones urbanas para el desarrollo de sistemas logísticos y entorno de innovación permanente. Comprende el análisis de las relaciones urbano-regionales y urbano-rurales que se desprenden de la disposición de los asentamientos, las relaciones de flujos que existen entre ellos, el uso y ocupación del suelo, los patrones de asentamiento poblacional.

⁸ Guías para la gestión pública territorial. DNP, 2012.

Algunos indicadores a manera de ejemplo:	
<ul style="list-style-type: none"> Tasa de reciclaje y nueva utilización de residuos sólidos (%). Línea base (2015): 8,6 %. Meta nacional a 2018: 10,0 % - Meta nacional a 2030: 17,9 %. Reducción de emisiones totales de gases efecto invernadero (%). Línea base (2015): 0,0 %. Meta nacional a 2018: No aplica - Meta nacional a 2030: 20,0 % Miles de hectáreas de áreas marinas protegidas. Línea base (2015): 7.892 ha- Meta nacional a 2018: 12.850 ha - Meta nacional a 2030: 13.250 ha Índice de calidad del aire. Existencia, monitoreo y cumplimiento de normas sobre contaminación acústica. 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la vulnerabilidad ante desastres naturales y adaptación al cambio climático. Miles de hectáreas de áreas protegidas- Línea base (2015): 23.617 ha. Meta Nacional a 2018:25.914 ha - Meta nacional a 2030: 30.620 ha Acceso a agua potable adecuados (%). Línea base (2015): 91,8 %. Meta nacional a 2018: 92,9 %. Meta nacional a 2030: 100,0 %. Cobertura de energía eléctrica (% de viviendas)- Línea base (2015): 96,9 % (13.568.357 usuarios). Meta nacional a 2018: 97,2 % (13.595.192 usuarios) - Meta nacional a 2030: 100 %. Saneamiento y drenaje- sistema de alcantarillado. Gestión de residuos sólidos. Promoción del transporte urbano/sostenible.
Ejemplo	¿Dónde puede ampliar información?
<p>Proyectos de inversión en infraestructura saludable, parques bio-saludables, escenarios deportivos, senderos ecológicos, desestimulo al uso de los vehículos, ciclorutas.</p> <p>Desarrollo de programas y proyectos estratégicos encaminados a proteger los sistemas naturales (tierra, agua, aire, flora, fauna) del territorio. Programa del manejo y conservación hídrica, conurbación, etc. Permite comprender en qué medida problemas medioambientales como la contaminación del agua o aire, pueden tener impacto significativo en la salud.</p>	<p>CONPES 3582 de 2009. Política nacional de ciencia, tecnología e innovación.</p> <p>Programa Nacional de Agua Potable.</p>

Tabla 4

Eje No.5: Financiero⁹

Alcance
<p>Este eje da cuenta del estado de los recursos humanos, financieros, técnicos y tecnológicos de los cuales disponen las administraciones municipales para gestionar el desarrollo del territorio. Se orienta al desarrollo de estrategias que permitan garantizar la ejecución de los planes territoriales para el desarrollo.</p> <p>Está dirigido al acopio y concentración de recursos provenientes del sector privado, cooperación internacional y los obtenidos a través de la estructura fiscal, y otras fuentes de financiación de los diferentes programas y proyectos definidos en la planeación territorial, y aporta en la consolidación de la estrategia CERS.</p>
Descripción
<p>Se refiere a la capacidad de las instituciones públicas que hacen parte de esas estructuras de regulación y control fiscal conforme a la ley, para asumir la provisión de bienes y servicios que faciliten el desarrollo integral de los municipios que hacen parte de la estrategia CERS. Se asume a partir de las competencias, poder de decisión y recursos de una escala superior de gobierno a una escala jerárquica inferior.</p>

⁹ Adaptado de la Dimensión Administrativo-Política. Guías para la gestión pública territorial. DNP, 2012.

Algunos indicadores a manera de ejemplo:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Mecanismos adecuados de gobiernos: gestión pública participativa, transparencia. Gestión adecuada de los ingresos: impuestos y autonomía financiera. Gestión adecuada del gasto: calidad de la gestión del gasto (gastos del capital/total de gastos). | <ul style="list-style-type: none"> Gestión adecuada del endeudamiento y de las obligaciones fiscales. (pasivos contingentes como % de los ingresos propios). Gestión y ejecución de recursos de la Cooperación Internacional. Transparencia en los procesos de planificación, inversión, ejecución de los recursos. |
|--|--|

Ejemplo

Fortalecimiento del acopio de recursos por medio de la participación voluntaria de la ciudadanía, en proyectos saludables (financiación de campañas, donaciones, etc.) o en términos impositivos (impuestos, multas, etc.) a quienes generen impactos negativos en la salud. La actualización catastral y captura de valor contribuyen a la comprensión del eje financiero.

Dónde puede ampliar información

Guía para la elaboración de planes de desarrollo (DNP, 2012).

Tabla 5

Elementos transversales

Para desarrollar la estrategia CERS son considerados como elementos transversales: territorialización - marketing social y la gestión participativa.

• Territorialización y Marketing Social

Determina las necesidades y expectativas de los grupos sobre los que se desarrollarán las políticas públicas, a través de la exploración de sus percepciones, para diseñar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida, que conduce a plantearse, entre otras las siguientes preguntas: ¿cómo afecta los estilos de vida a la salud de un territorio?; ¿cuáles son las causas principales de enfermedad y muerte?, lo cual nos permite **construir la visión compartida** de lo que habría que hacer para acercarnos a ser una ciudad saludable.

El “marketing social” o “mercadeo social”, es una herramienta usada cuando el objetivo de-

seado es un cambio de comportamiento positivo para la sociedad o para algún grupo, lo cual contribuye de ampliamente al empoderamiento de la población. Es un proceso que busca determinar las necesidades, expectativas y percepciones de los grupos objeto de la acción social, para diseñar estrategias a partir de los problemas, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y garanticen el uso adecuado de los recursos (Botero et al., 2007).

Se recomienda en la implementación de este tipo de herramientas: (i) definir participativamente los objetivos del **cambio social deseado**; (ii) crear **mecanismos de comunicación e implementación** de acciones en espacios de coordinación intersectorial o Comités del territorio; (iii) **armonizar los procesos** en desarrollo con las acciones y temas prioritarios de la estrategia CERS; (iv) **identificar las acciones a desarrollar** sobre la base del diagnóstico y prioridades; (v) **evaluar y ajustar** el programa **definiendo indicadores clave para** las intervenciones y su impacto esperado. Por lo anterior, el territorio debe disponer de un

diagnóstico que incluya su vocación en materia económica, social, ambiental, fiscal y de situación de salud (MPS, 2009), y su dinámica urbana-rural para equilibrar el desarrollo territorial, mediante instrumentos de política pública como el Plan de Ordenamiento Territorial (POT).

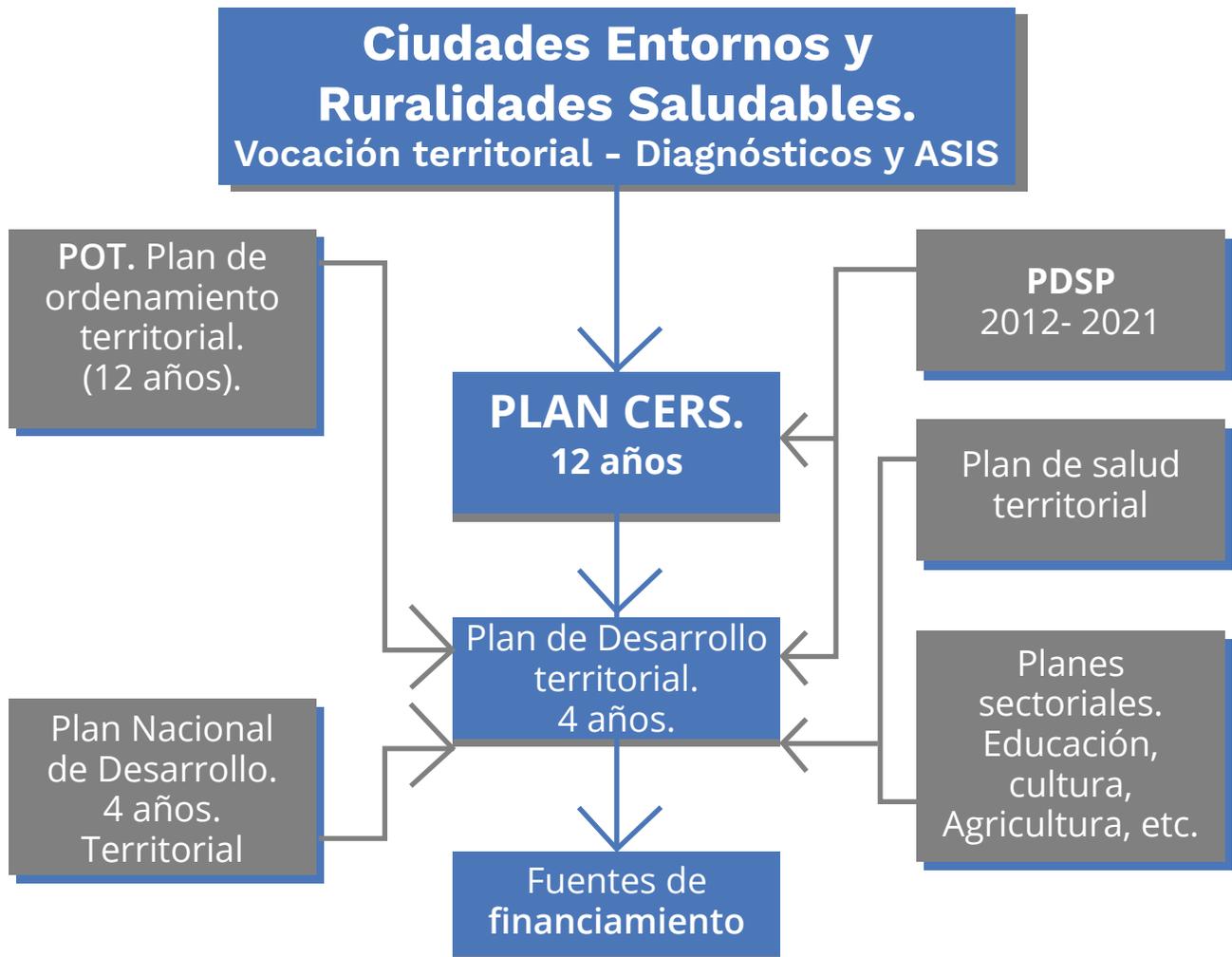
- **Gestión participativa**

Da cuenta de la priorización de procesos democráticos y participativos de regulación y control, de planeación, de monitoreo, de evaluación, de financiamiento y de comunicación. La planeación para la equidad en salud incluye: (i) acuerdos políticos y creación de

grupos de trabajo; (ii) análisis de situación; (iii) priorización de problemas de salud e intervenciones; (iv) desarrollo e implementación de la intervención. (v) seguimiento y evaluación.

En el ciclo la planificación es conveniente tener en cuenta los siguientes aspectos: la importancia de la intersectorialidad, la participación social, el objetivo de la equidad; la necesidad de analizar el impacto en la salud de todas las políticas, la acción sobre los DSS, y finalmente, el fomento de intervenciones dirigidas al conjunto de la población de forma proporcional a la necesidad de cada grupo social.

Figura No. 3: CERS y los diferentes instrumentos de planeación.



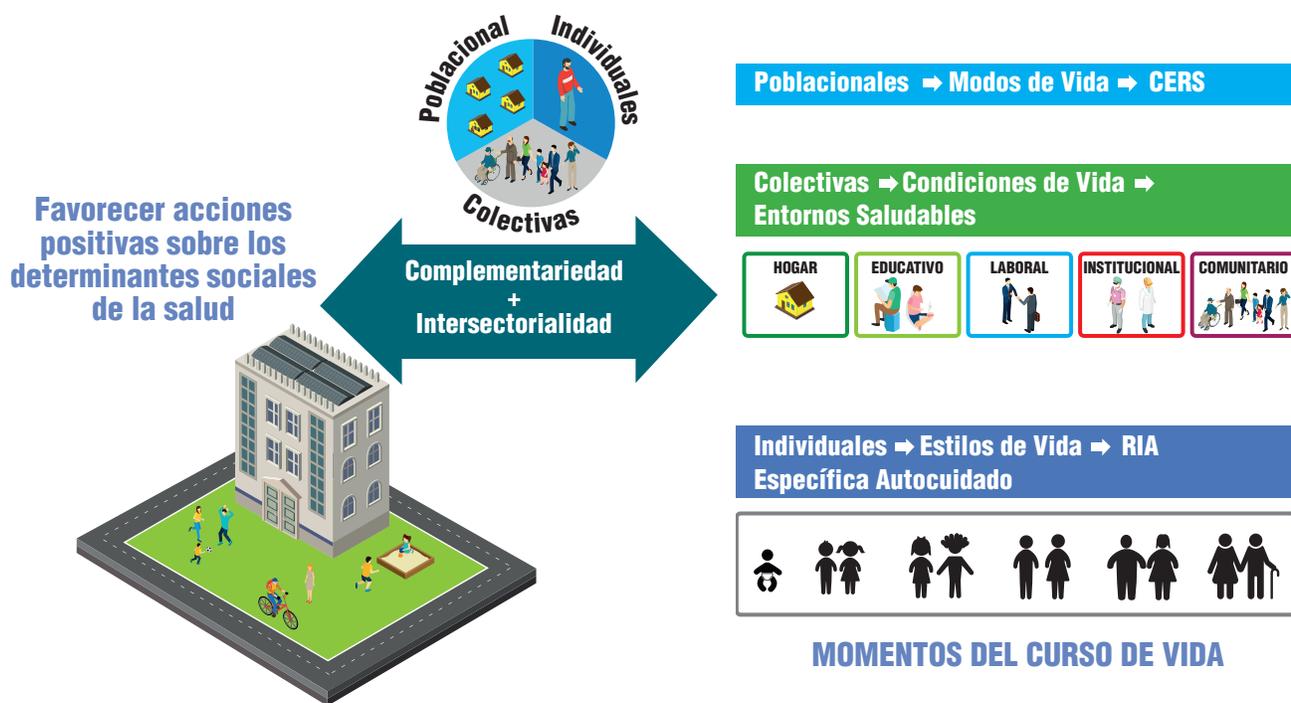
Fuente: MSPS. Grupo CERS. 2018.

6. RELACIÓN ENTRE CIUDADES, ENTORNOS Y RURALIDADES:

Ciudades, entornos y ruralidades saludables (CERS), hace parte de las estrategias para intervenir los DSS, definidas y adoptadas en el PDSP 2012-2021 y la PAIS, descrita en la RPPS. Cada una es complementaria de la otra, definen acciones interdependientes, reciprocas

que se requieren para una respuesta sistémica, integrada e integral en la transformación positiva de la salud, favoreciendo en las personas, familias y comunidades la adopción de estilos de vida sanos y seguros en condiciones de igualdad y calidad de vida.

Figura No.4: CERS en la PAIS Y MIAS.



Fuente: Ministerio de salud y Protección Social, 2017.

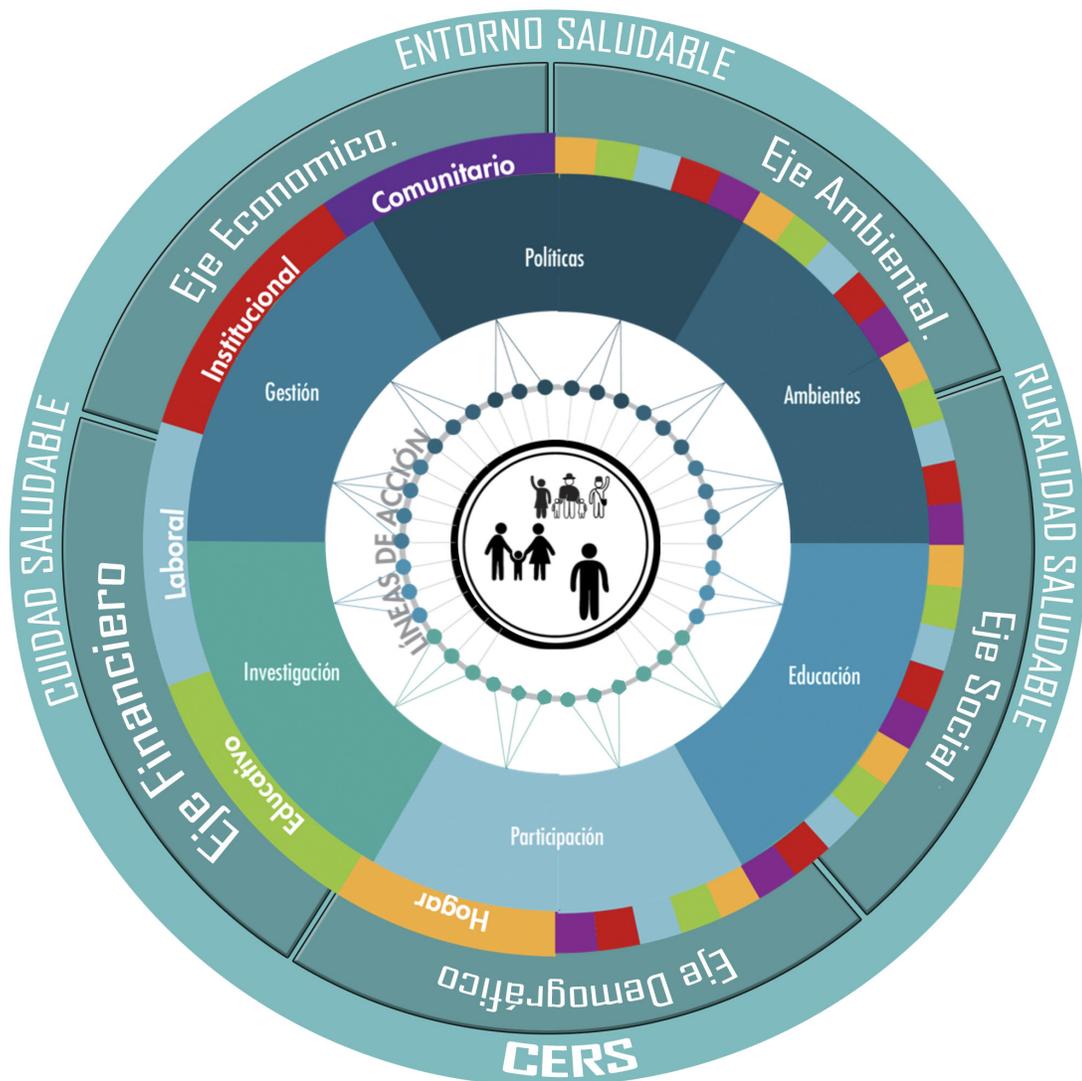
La estrategia CERS, define intervenciones poblacionales dirigidas a las causas que originan los problemas de salud y/o su prevalencia o incidencia de las enfermedades, bajo la responsabilidad de alcaldes, gobernadores y direcciones de planeación. Utiliza los instrumentos de planeación, como herramientas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos que de manera intersectorial deben ejecutarse para una acción integrada por el ordenamiento territorial de la salud.

Por su parte la estrategia de Entornos Saludables desarrolla intervenciones colectivas, las cuales son complementarias a las poblacionales. Permite la promoción de la salud en grupos que comparten características, roles o situaciones; la prevención y reducción de riesgos, disminuyendo la magnitud de la exposición y brindando soporte a los más vulnerables. Es liderada y gestionada por los entes territoriales e instituciones públicas y privadas, comprometidos con la salud y ca-

lidad de vida de las personas y sus familias, en los lugares en donde transcurre la vida, a través de dos vías: (i) sectorial: como orde-

nador del plan de intervenciones colectivas. (ii) Intersectorial: como proceso de gestión institucional por la salud.

Figura No 5. Las relaciones entre CERS y entornos



Fuente: Ministerio de salud y Protección Social, 2017.

Cada una de estas intervenciones, contiene ejes y componentes para su desarrollo. El gráfico expresa la estructura sistémica y la respuesta integrada e integral que sugiere la complementariedad de CERS, y la estrategia Entornos.

7. ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CERS

Esta guía describe el paso a paso de la implementación, la cual se realiza a través de una serie de fases, que inician con la identificación de actores, la recopilación de indicadores como línea base en el marco de los ejes estratégicos de CERS, a partir de los cuales se realiza la planificación e implementación de programas y proyectos, en los diferentes instrumentos de planeación territorial.

Esta estrategia cuenta con un sistema de monitoreo para la evaluación y seguimiento de los avances en los indicadores priorizados y su efecto en los resultados en salud. De esta manera, se adapta a las particularidades y relaciones de los distintos actores, teniendo en cuenta el ciclo político de las entidades territoriales.

Figura No. 6: La implementación de CERS

LA IMPLEMENTACIÓN DE CIUDADES Y RURALIDADES

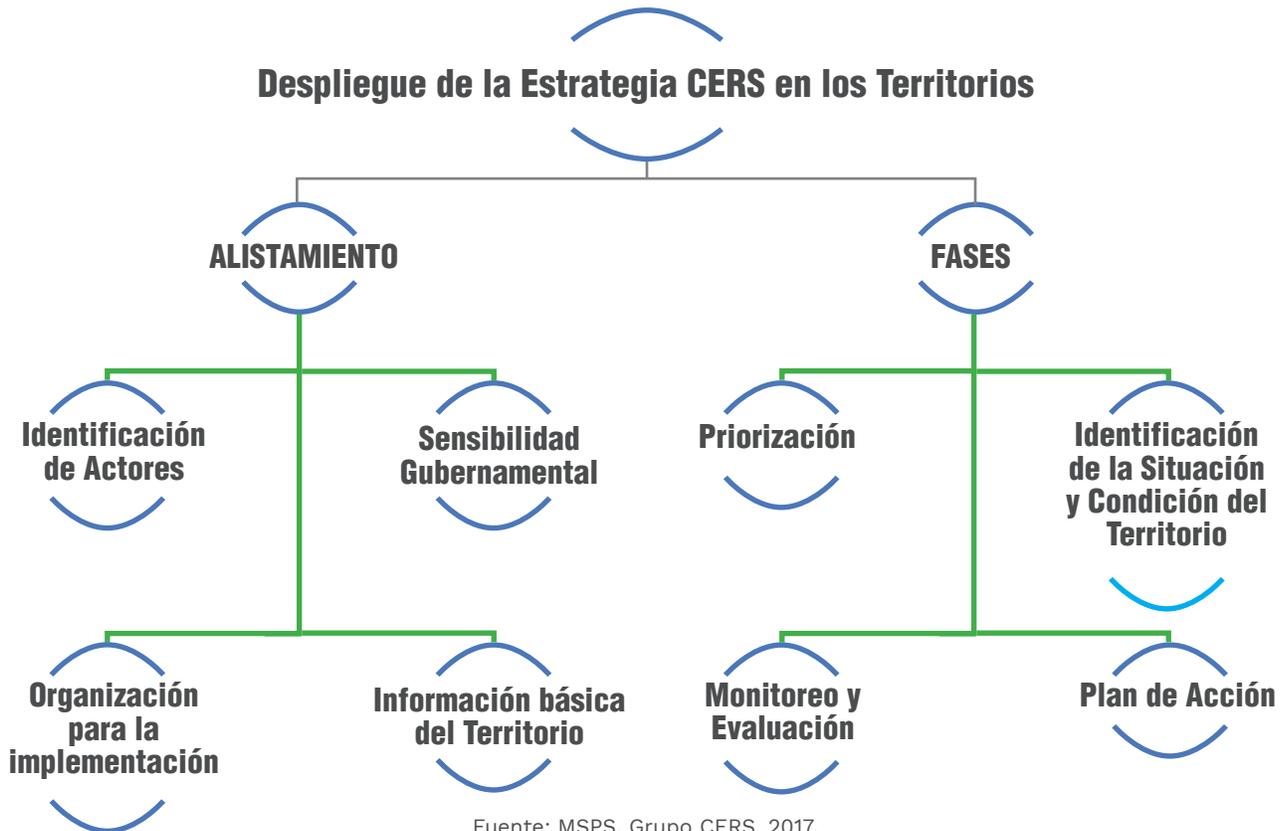


Fuente: MSPS, 2017.

El proceso de planeación integral en salud, muestra el camino para el bienestar integral de la población de los territorios¹⁰, transformación a la cual contribuye la estrategia CERS,

en tanto esta armoniza el desarrollo de cada una de las acciones y las fases de implementación con el ciclo de la gestión pública.

Figura No. 7: El despliegue de CERS



7.1. Acciones de alistamiento

La fase de alistamiento es el punto de partida y la oportunidad para que los tomadores de decisión (Gobernadores y Alcaldes) sean los líderes visibles del proceso de adopción y adaptación de la estrategia CERS, en el marco de la planeación territorial por la salud de sus municipios.

El desarrollo e implementación de la estrategia CERS, prevé cuatro actividades iniciales, que permiten de un lado, el reconocimiento político y de gobernanza de la estrategia CERS por parte de los líderes naturales del territo-

rio. De otro lado, busca avanzar en el aprestamiento de la institucionalidad, mediante, la identificación de actores locales, el recaudo de información contextual e institucional de la situación y condiciones del territorio, actores y sectores relevantes en el municipio. Igualmente, se requiere establecer los recursos humanos, físicos, financieros y políticos disponibles para la implementación y sostenibilidad de la estrategia, con una perspectiva más allá de planes de desarrollo territoriales, y como compromiso territorial al 2030.

¹⁰ PDSP 2012-2021.

- **Sensibilización gubernamental.**

El principal objetivo en esta etapa es la adopción de un pacto social por un ordenamiento territorial que favorezca la salud en todas las políticas, que, mediante un acto administrativo, decreto municipal u ordenanza departamental, permita formalizar el compromiso y acuerdos gubernamentales con la sociedad civil, actores - sectores participantes. De esta manera se logra el compromiso de la administración de la ciudad y el involucramiento de gran parte de la sociedad

civil en la estrategia. Esta etapa, es liderada por el gobierno territorial, en cabeza de los tomadores de decisiones y con la abogacía y acompañamiento del sector salud.

- **Identificación de actores**

Se refiere a la caracterización territorial de posibles actores aliados, para reconocer el aporte y potencial de sus acciones, así como los intereses que motiven su participación en la estrategia y sus perspectivas en un futuro inmediato.

Tabla No.6: Identificación de actores

Grupo actores sociales	Actor	Rol en el proyecto	Relación predominante	Jerarquización de su poder
Clasificación de los diferentes actores sociales en un espacio preciso.	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta.	Funciones que Desempeña Cada actor y el objetivo que persigue con su accionar.	Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto): 1. A favor 2. Indiferente 3. En contra	Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones: 1. Alto 2. Medio 3. Bajo

Fuente: MSPS. Elaboración propia Grupo CERS, 2017

Para ello, se recomiendan las técnicas de mapeo de socio gramas, las categorías clásicas como los grupos de edad, territorio, etc. en función de las relaciones sostenidas. Es decir, que el énfasis de una matriz de actores está en la comprensión de las diversas relaciones, sus discontinuidades y la agrupación entre sujetos. Existen diversas metodologías y su selección, depende del contexto en el que será aplicada, la disponibilidad de información, el objetivo específico a lograr, respecto a cómo se espera sean involucrados y comprometidos los actores, entre otros.

El análisis se concentra sobre las relaciones entre los actores, tanto directas como

indirectas. Se identifican las cualidades de las relaciones, la intensidad, fortaleza, los conflictos, el tipo de relaciones sostenidas, económicas, de solidaridad, etc. También se establece la intensidad y la densidad de las relaciones tanto en sus características internas como en la relación que mantienen entre ellas. Es conveniente después haber desarrollado la versión final de la matriz, construir una base de datos que permita actualizar la información sobre los actores en forma periódica. Sin embargo, es potestad del municipio o territorio definir la metodología que más se adapte a sus necesidades.

• **Recolección de información básica del territorio**

Se requiere recopilar información sobre sus determinantes sociales y aspectos de salud disponibles en el municipio. En este sentido se recomienda partir de los análisis de situación de salud (ASIS), puesto que permiten caracterizar, medir y explicar el estado de salud de la población en el territorio, e identificar los desafíos y retos en salud. Igualmente, implica el análisis de los instrumentos de política pública tales como: el plan de desarrollo, plan territorial de salud, planes intersectoriales y plan de ordenamiento territorial, incluido sus documentos técnicos de soporte y finalmente, las políticas, programas y proyectos de interés para el territorio.

• **Organización para la implementación de CERS**

Se prevé la constitución o designación de un equipo técnico que lidere la estrategia, defina las condiciones institucionales y los recursos para adelantar el proceso de implementación, el cual debe trascender en el tiempo,

más allá de los períodos de gobierno, como compromiso para dinamizar el despliegue e implementación de la estrategia de manera sostenible.

Este Grupo CERS podrá operar en el marco de uno de los mecanismos de coordinación intersectorial ya existente en el territorio, como por ejemplo el Consejo Municipal de Política Social, la Comisión intersectorial en Salud, el Consejo de Planeación Territorial. Con el liderazgo del alcalde, este grupo está en capacidad de brindar las directrices, formalizar el proceso de planeación y participación de todos los sectores, sensibilizar, socializar, y movilizar a los actores institucionales para su vinculación en el proceso.

Cada municipio podrá incluir en la mesa a otros sectores, actores, comunidades organizadas, gremios etc., que considere de interés. Progresivamente podrán sumarse otros en razón de las intervenciones de la estrategia, por lo cual se recomienda:

- Definir al menos una persona representante técnica de cada sector o grupo de interés, preferiblemente con capacidad de decisión y con relación directa de planeación.
- Elaborar acta oficial de reconocimiento de la mesa intersectorial por parte de las autoridades locales.
- Elaborar el reglamento de funcionamiento de la mesa intersectorial. Considerar qué recursos serán necesarios para mantener el trabajo de la mesa y de dónde vendrán (recursos financieros, equipamientos, espacio de trabajo, etc).

7.2 Fases para implementación de la estrategia

La implementación local de la estrategia CERS, se desarrolla a través de las siguientes fases:

Fase No 1: Identificación de la situación y condición social y de salud del territorio.

Esta fase se realiza en el marco de los ejes estratégicos que conforman la estrategia, a partir de los documentos identificados en la fase preparatoria por el territorio (ASIS, PASE a la equidad, planes, políticas, programas, fuentes de recursos etc.) diagnóstico, la identificación de problemas y oportunidades en cada eje, definición de indicadores (líneas base) por eje y su semaforización, lo cual permite, la definición de intervenciones base, adicionales y complementarias en la ejecución de la estrategia, de acuerdo a las competencias misionales y sectoriales de los participantes.

a. Diagnóstico preliminar

El diagnóstico urbano y rural base del municipio, parte del análisis de la situación en clave de los ejes estratégicos propuestos a partir de su vocación territorial (Ley 388 de 1997, POT). Se propone una estructura básica inicial que incluya:

- Identificación de la situación actual de problemas y oportunidad en clave de los ejes estratégicos, partir de los ASIS y demás documentos técnicos que disponga.
- Descripción de la situación deseada.
- Identificación de indicadores priorizados, que permiten medir el nivel de avance de la situación deseada por cada uno de los ejes estratégicos.
- Identificación de políticas, planes programas y proyectos que aportan a la situación deseada por cada uno de los ejes estratégicos.

- Identificación de recursos y fuentes sectoriales e intersectoriales; públicos y privados necesarios para su financiamiento y sostenibilidad.

Estos diagnósticos, así contruidos, permitirán diseñar las intervenciones para cada eje estratégico, identificando intervenciones de corto plazo (1 años), de mediano plazo (tres años) y de largo plazo (5-10 años), en una prospectiva al 2030 en coherencia con lo definido en los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), constituyéndose de este modo en el plan CERS de cada territorio.

Seguido, se promoverá la inclusión de las intervenciones definidas en el plan CERS en los diferentes instrumentos de política pública que dispone el territorio (POT, PDT, PST, planes intersectoriales, entre otros), en cabeza del equipo designado, en coordinación con las oficinas de planeación y salud, bajo el liderazgo de los alcaldes y gobernadores según corresponda. Igualmente, se favorecerá la participación de la comunidad, como un órgano veedor del cumplimiento y sostenibilidad de los acuerdos CERS por parte de los mandatarios en cada periodo de gobierno.

b. Indicadores y semaforización.

Los indicadores definidos en esta fase se constituyen en una herramienta para identificar rápidamente las problemáticas críticas a intervenir con la estrategia sobre la base

de criterios técnicos (línea base). Estos serán elaborados y validados por especialistas del territorio como parte del proceso de diseño de la metodología.

A partir de allí, los indicadores se irán ajustando a las realidades territoriales de la región. Se sugiere acudir a dos sistemas de indicadores. Uno de evaluación y seguimiento del plan de acción (Procesos) y otro, sobre indicadores internacionales de ciudades saludables (resultados e impactos deseados). Esta propuesta parte del objetivo de comparabilidad de un proceso en distintas ciudades, a la luz de indicadores internacionales de los ODS previstos en el Conpes 3918 de 2018.

c. El sistema de seguimiento y evaluación de CERS – Tablero de Control

El sistema de seguimiento, evaluación y monitoreo tiene como objetivo establecer los cambios en las condiciones de sociales y de salud definidas y priorizadas como situación

deseable por el municipio, en clave de los ejes estratégicos CERS. Esto permitirá al grupo líder, identificar los avances, oportunidades de mejoramiento, definición de acciones complementarias, articulación con otros sectores y actores, nuevas fuentes de financiamiento, entre otros, para avanzar en el cumplimiento del plan CERS.

El seguimiento a las intervenciones contempla su aporte en los indicadores de las políticas públicas nacionales. Por ejemplo, el PDSP y los logros y avances en la situación social y de salud deseada del territorio; estableciendo la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones del sector y de los otros sectores y actores participantes.

Nota: cabe señalar que los cambios en salud no son instantáneos pero las intervenciones si pueden ser evaluadas en el corto plazo.

En la siguiente tabla, se presenta un esquema para organizar y realizar el seguimiento y evaluación de los indicadores en el marco de los ejes de CERS de acuerdo a la priorización territorial.

Tabla No.7: Sistema de componente y ponderaciones de un índice compuesto

Ejes	Indicador	Peso	Estado	Variables	Peso	Estado
Poblacional	Esperanza de vida al nacer. Relación de dependencia.	g ₁	Di/max(IU)	VD1	l1	Vui/Max(VD)
				VDn	lj	Vui/Max(VD)
Ambiental	Acceso a agua potable adecuados (%)	g ₂	lui/max(IU)	VU1	a1	Vui/Max(VU)
	Cobertura de energía eléctrica	g ₃	Cmai/max(CMA)	VUn	aj	Vui/Max(VU)
				VM1	b1	Vci/Max(VM)
	La vivienda	g ₄	Cvi/max(CMA)	VMn	bj	Vci/Max(VM)
Social	La educación y la capacitación	g ₅	Ds/max(IU)	VV1	d1	Vvi/Max(VV)
				VVn	dj	Vvi/Max(VV)
	Cobertura del aseguramiento	g ₇	Ccsi/max(CMA)	VS1	c1	Vsi/Max(VS)
				VSn	cj	Vsi/Max(VS)
				VC1	f1	Vui/Max(VC)
			VCn	fj	Vui/Max(VC)	
Económica	Empleo e industria	g ₈	Eiai/max(CMA)	VEI1	i1	Vui/Max(VEI)
				VEIn	ij	Vui/Max(VEI)
	Gastos e ingresos familiares	g ₉	Gifi/max(IU)	VG1	j1	Vui/Max(VG)
				VGn	jj	Vui/Max(VG)
	Economía local	g ₁₀	Eli/max(CMA)	VEL1	k1	Vui/Max(VEL)
VELn				kj	Vui/Max(VEL)	

Fuente: Takano, 2003 en las componentes. Elaboración propia en el sistema de ponderadores.

Esta información, de acuerdo con la línea de base definida y a los ejes estratégicos priorizados, permite a los ciudadanos y a las administraciones públicas tomar decisiones basadas en la evidencia, para evaluar el estado de una ciudad o un municipio. El número de indicadores se define de acuerdo a la priorización del territorio, los cuales podrán agruparse en un índice ordenado, para realizar análisis comparados de la ciudad en el tiempo frente a sí mismo y frente a otros municipios.

Fase No. 2: Priorización

La metodología para la priorización de intervenciones está fundamentada en su eficiencia y la eficacia para maximizar los efectos sobre la salud y calidad de vida de las personas. Para lo anterior, CERS prevé la identificación y promoción de las intervenciones poblacionales en el marco de los instrumentos de política pública vigentes (PD, POT, Planes intersectoriales, entre otros). En caso de no encontrarse definida, se incluirá en el instrumento correspondiente, identificando fuentes de financiamiento para cada una de las intervenciones, a partir de una metodología que le permita alcanzar éste propósito, en donde las actividades asociadas a CERS representarán una prioridad para las autoridades administrativas locales y para el conjunto de actores del territorio.

Se propone establecer una matriz de priorizaciones de las intervenciones establecidas, en función de los ejes estratégicos como elementos centrales de situación actual y la deseada, a partir del sistema de indicadores por cada una de los ejes que se consideren relevantes para el municipio, y sobre la cual pesa de mayor manera el efecto sobre la salud y calidad de vida de la población del territorio, en el marco de CERS.

Fase No. 3: Plan de Acción

Esta fase comprende la identificación, el desarrollo y la selección de intervenciones y/o acciones poblacionales, para cada uno de los problemas identificados y priorizados en los ejes estratégicos en la fase anterior. Su desarrollo parte del análisis detallado de los ejes, se reconocen las oportunidades y riesgos para la mejora de la situación actual, se identifican las fuentes de financiamiento, los actores responsables que harán posible la implementación, y se define el tiempo esperado para su ejecución.

Así entonces, el equipo técnico realiza la planificación o formulación de un plan de trabajo específico utilizando el enfoque de los determinantes de la salud (causas de las causas), para identificar los problemas y tomar decisiones. El proceso de planificación es dinámico, lo cual permite hacer ajustes continuos para fortalecer la estrategia y ampliar la participación de actores del territorio. Cada municipio deberá valorar, en función de su propia experiencia, el tipo de participación y a través de qué canales generará su articulación.

El plan local de CERS, es una herramienta que orientará las acciones a desarrollar para el logro de los objetivos de la estrategia. Por tanto, requiere un diálogo y una coherencia importante entre lo definido en el plan local CERS y las otras herramientas de planificación local, como los Planes Territoriales de Salud (PTS), los Planes Territoriales de Desarrollo (PTD) y los Planes de Ordenamiento Territorial (POT).

a. Identificación de intervenciones clave.

Se establece en detalle el conjunto de intervenciones por ejes, definida en virtud de las

problemáticas y oportunidades identificadas, y en consenso con los actores, sectores y comunidades participantes, describiendo el objetivo general, específicos, actividades, metas, productos, responsables, fuentes de financiamiento y tiempo estimado para su ejecución. A continuación, se propone una matriz de ejemplo:

Tabla No.8: Plan de acción CERS
Propósito superior del Plan de Acción CERS

PROBLEMA IDENTIFICADO					MAPA DE ACTORES					
EJE	Intervención Poblacional	Actividades	SUB-ACTIVIDADES	RESULTADO	INSTRUMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA	FUENTES DE FINANCIACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	RESPONSABLES/sectoriales e inter-sectoriales	RECURSOS DISPONIBLES
					POT, PD, PTS, Planes Maestros, Políticas.		día/mes/año	día/mes/año		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
POBLACIONAL		A.No.1	S.A.No.1							
		A.No.2	S.A.No.2							
		A.No.3	S.A.No.3							
SOCIAL										
AMBIENTAL										
ECONÓMICO										
FINANCIERO										

Instructivo de diligenciamiento de la Matriz de Plan de Acción

1. Se describen las intervenciones poblacionales, agrupadas o de acuerdo al ejes de la estrategia CERS.

2-3. En las columnas 2 y 3 se consignan las acciones concretas para alcanzar las intervenciones poblacionales desde una perspectiva intersectorial.

4. Describe el resultado esperado, apartir de los indicadores priorizados y cambio esperado.

5-6. En las columnas 6 y 7 se realiza un análisis y comprensión de los instrumentos de política pública y las fuentes de financiación en el territorio, los cuales pueden posibilitar e intencionalizar acciones de salud en todas las políticas.

7-8. En las columnas 8 y 9 describa de manera concreta las fechas de las actividades y subactividades concretamente. se realiza un análisis y comprensión de los instrumentos de política pública y las fuentes de financiación en el territorio, los cuales pueden posibilitar e intencionalizar acciones de salud en todas las políticas.

9. En la columna 10 enuncie específicamente el responsable o responsables del desarrollo de la intervención de las actividades a realizar.

10. En la columna 11 identifique los recurso disponibles (capacidades locales, fuentes de recursos, políticas que contribuyen a alcanzar las intervenciones poblacionales).

Dentro de las intervenciones claves intersectoriales y sectoriales identificadas, se recomienda adelantar la realización de los estudios de pre-inversión necesarios para llevar a cabo las intervenciones propuestas en el plan, como antesala de la etapa de inversión propiamente dicha. Los estudios de pre-inversión pueden realizarse a nivel de prefactibilidad o factibilidad, y formarán parte del banco proyectos del DNP. Igualmente establecer otras fuentes de financiamiento derivadas de la cooperación internacional y del sector privado.

b. Identificación de los instrumentos de planeación para su gestión.

Cada intervención definida debe estar incluida según corresponda en el instrumento de política territorial más apropiado y en el marco de las funciones y competencias de cada sector del gobierno territorial, y contará con su respectiva estructura de financiamiento, cronograma, responsables, estimado de costos de estudios de pre-inversión y costos de inversión (según el caso), y otras posibles fuentes de financiamiento, lo cual se define según los indicadores y metas establecidas en los ejes del plan CERS.

El Plan define etapas de corto, mediano y largo plazo para la ejecución de las intervenciones, y establece para la administración la disponibilidad de los recursos y el liderazgo para iniciar acciones específicas y llevarlas a cabo dentro de su período administrativo, así mismo, considera variables políticas, de generación de resultados y de monitoreo. En perspectiva, las acciones se orientan al logro de metas de largo plazo a ser cumplidas por las próximas administraciones de la ciudad, que aporten al cumplimiento de los ODS.

c. Formulación y programación del plan financiero.

Además de sentarse las bases para el acceso al financiamiento de los proyectos en el

largo plazo, en esta fase se busca definir la viabilidad de ejecución de las intervenciones indicadas en el Plan de Acción. En las macro intervenciones sobre lo físico de la ciudad se proponen los instrumentos de gestión del suelo de la Ley 388 de 1997 cuyo impacto se espera sea de gran magnitud.

En el corto plazo se esperan las primeras acciones del plan local CERS, implementadas; los mecanismos definidos que favorecen la participación (redes sociales, consulta pública, foros, etc.) en la implementación local de la estrategia y el trabajo de la mesa intersectorial.

Esta etapa se realiza una vez formulado el plan de acción, la realización de proyectos debe considerar estudios de pre-inversión a nivel de pre-factibilidad (según el caso), es decir el estudio detallado de las ventajas y desventajas que tendría un determinado proyecto de inversión o factibilidad que sugiere que se cuenta con los recursos financieros para su ejecución. Esta etapa puede ser rápidamente resuelta si se considera que gran parte de los proyectos están en el banco de proyectos BPIN¹¹. Allí se encuentra todos los elementos para la formulación evaluación y registro de proyectos de inversión pública cuando el proyecto lo requiera.

Fase No. 4: Sistema de monitoreo y evaluación

El proceso de monitoreo y evaluación de la estrategia busca generar evidencias de buenas prácticas en CERS, a partir de la identificación de los avances y dificultades en la implementación de la estrategia, la medición de impactos potenciales y resultados. El proceso debe ser efectivo, relevante y generar información útil, confiable y oportuna para la acción. Para esto, debe buscar relacionar las prácticas a sus contextos, analizar los cam-

¹¹ <http://bit.ly/1XTmrov>

bios logrados a partir de los factores y elementos que determinaron la iniciativa y comprender cómo se realizaron las actividades e intervenciones propuestas.

Teniendo en cuenta las capacidades y recursos, sistemas y fuentes de información existentes y disponibles en los territorios; el proceso de monitoreo y evaluación en CERS será una oportunidad formativa y de fortalecimiento de las capacidades locales para sistematizar, evaluar y ejecutar acciones. En este contexto se propone combinar una metodología cuantitativa - la selección de indicadores para todos los municipios participantes como una manera amplia y general para establecer comparaciones - con una metodología cualitativa que pueda captar las especificidades y deseos de cada uno de los municipios participantes.

Se propone adoptar un abordaje intersectorial y participativo buscando involucrar a todos aquellos que tienen algún interés en el proyecto que está siendo evaluado: gestor, participantes, trabajador, estudiantes. Los beneficios de este abordaje incluyen: mayor flexibilidad en el proceso y apropiación de los resultados por parte de los actores y sectores involucrados, una superior relevancia de la información generada para la gestión de la estrategia y el establecimiento de sólidos y significativos vínculos entre las acciones y la realidad en coherencia con el contexto local.

Para orientar el proceso de monitoreo y evaluación de la estrategia CERS se tendrá en cuenta: Objetivos (El 'para qué'), población sujeto (el 'para quién'), dimensiones y categorías (el 'qué'), tiempo (con qué frecuencia), metodologías y técnicas (el 'cómo').

Los objetivos para establecer un proceso de monitoreo y evaluación para CERS, entre otros, incluyen:

- Legitimar la estrategia CERS.
- Observar los cambios y tendencias a lo largo del tiempo.
- Identificar y definir ajustes y cambios necesarios para la estrategia CERS.
- Permitir comparaciones entre ciudades y municipios.
- Promover participación y compromiso continuo y sostenido de los actores involucrados en las acciones de la estrategia.
- Contribuir para la generación de evidencias y conocimientos.

Cada territorio debe reflexionar sobre cuáles son los objetivos que busca en este proceso y guiarse a partir de estas definiciones. Las intervenciones requieren ser evaluadas, como se señaló, en su ejecución física y financiera, y al final en el impacto potencial de los efectos sobre la salud. La información generada será útil para distintos grupos y actores. Algunos ejemplos:

- Tomadores de decisión a nivel local y nacional.
- Actores involucrados en la gestión y planificación de la estrategia CERS.
- Técnicos y profesionales de los temas abordados y priorizados por la estrategia CERS.
- Sociedad civil y actores a nivel local.
- Agencias financiadoras.
- Agencias internacionales.
- Autoridades políticas.
- Académicos e investigadores.
- Comunidad en general y generadores de opinión.

Es importante tener claro el público de este proceso para definir, ajustar y adaptar metodologías, técnicas y herramientas que permitan generar datos útiles, claros y efectivos para el usuario final de la información.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, C.A.M. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: guía didáctica. Neiva: Universidad Sur colombiana, 2011.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. (2012). Lineamientos estratégicos para la gestión 2012/2016. Buenos Aires: Ministerio de la Salud.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2014), Guía metodológica Iniciativa Ciudades Emergentes y Sostenibles. Segunda edición- Washington- EU.
- Barton H., GRANT M. (2013). Urban planning for healthy cities: a review of the progress of the European Healthy Cities Programme. *Journal of Urban Health*, vol. 90, suppl. 1, p. 129-141.
- Caldarelli G, Catanzaro M. (2012). *Networks: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Colombia. Ministerio de la Salud y Protección Social. (2013). Plan decenal de salud pública 2012–2021: la salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Gluek M. (2006). *Work the net: a management guide for formal networks*. New Delhi: GTZ.
- Green G, Price C, Lipp A, Priestley R. (2009). Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project. *Health Promotion International*, vol. 24, suppl. 1, p. i37-i44.
- Leeuw E. (2011). Do healthy cities work? A logic method for assessing impact and outcome of healthy cities. *Journal of Urban Health*, vol. 89, n. 2, p. 217-231.
- Meresman S, Rice M, Vizzotti C, Frassia R, Vizzotti P, Akerman M. (2010). Contributions for repositioning a regional strategy for healthy municipalities, cities and communities (HM&C): results of a Pan-American survey. *Journal of Urban Health*, vol. 87, n. 5, p. 740-754.
- MSPS Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la implementación de la Red Colombiana de Ciudades Saludables. 2016.
- MSPS Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos de la Estrategia de Ciudades, Entornos Y Ruralidad Saludable (Estrategia CERS). 2016.
- MSPS Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta de Acompañamiento Territorial en Ciudad, Entorno Y Ruralidad Saludable. 2016.
- O'Neill M, Simard P. (2006). Choosing indicators to evaluate health cities projects: political task? *Health Promotion International*, vol. 21, n. 2, p. 145-152.
- OMS Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2009. *Subsanar las desigualdades en una generación*. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A. 2009.
- OPS Organización Panamericana de la Salud. Guía de Evaluación Participativa de Municipios y Comunidades Saludables. WDC: OPS. 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Gestión de redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
- Red Española de Ciudades Saludables. (2012). *Buenas prácticas sobre experiencias desarrolladas por los gobiernos locales para contar con ciudades más saludables*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias.
- Red Mexicana de Municipios por la Salud. <<http://www.promocion.salud.gob.mx/red/>>. Visitada el 30 de mayo de 2016.
- Springett. Issues in participatory evaluation. In: Wallerstein et al (eds.) *Community Based Participatory Research for Health*, p. 263-288. 2008.
- UN United Nations. Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment. 2012. <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?documentid=97&articleid=1503>
- WHO World Health Organization. World Conference on Social Health Determinants. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2011. http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). *National healthy cities networks in the WHO European Region: promoting health and well-being throughout Europe*. Copenhagen: WHO Europe.

ANEXOS

No.1: Resumen experiencias exitosas de ciudades saludables

A continuación, se describen en el anexo No 2, algunas acciones e intervenciones claves de acuerdo a los estudios revisados. Estos representan solo orientaciones generales para la implementación de la estrategia CERS en los territorios, y no se constituyen en temas obligatorios, o en límites frente a las posibilidades de acciones, políticas y estrategias que puedan ser formuladas.

Anexo 1 - Resumen experiencias exitosas de iniciativas de ciudades saludables

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE CIUDADES SALUDABLES

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN REDES
Segovia, España Población 53.260 (2014) IDH 0,960	2011- Vigente	Ayuntamiento de Segovia, Comité Municipal de Prevención; Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Segovia; Federación Empresarial Segoviana; asociaciones de vecinos en las fiestas de los barrios.	Firma del Acuerdo contra el Consumo de Alcohol en Menores; Difusión entre establecimientos hoteleros y comerciantes de las prohibiciones vigentes; Implementación coordinada del programa acreditado por el Comisionado Regional para la Droga de Dispensación Responsable de Alcohol; Acciones de sensibilización y movilización comunitaria y de las fuerzas de seguridad.	Disminución de informes policiales en relación a sanciones por venta de alcohol a menores; Eliminación por completo de ofertas promocionales; Aumento de la participación e implicación de los hoteleros en los programas de Dispensa Responsable de alcohol; Menor tolerancia social al consumo de alcohol en menores; Aumento de participación en programas de prevención dirigidos a padres y madres; Mayor vigilancia sobre la venta de productos; Mejoría en la capacidad de detección precoz e intervención con los menores; Establecimiento de grupos de trabajo interdisciplinarios capaz de identificar nuevas necesidades.	Municipio Adherido de la Red Española de Ciudades Saludables (RECS).
Barcelona, España Población 1.602.000 (2014) IDH 0,962	2005- Vigente	Departamento de Salud, Ayuntamiento de Barcelona, Concejalía de Salud, Consorcio Sanitario de Barcelona.	Implementación del Programa <i>Salud en los Barrios</i> , con el propósito de mejorar la salud de los residentes en barrios beneficiados por la Ley de Barrios y reducir las desigualdades sociales en salud a partir de la acción comunitaria; Inició con fases de alianza políticas y diagnóstico de salud local; establecimiento de grupos comunitarios; Planificación de acciones participativas y basadas en evidencia.	Total, de 28 intervenciones distritales; se reportan mejoras significativas de los indicadores de salud auto percibida de las personas participantes; Impulsión de Salud en Todas las Políticas y equidad en las agendas técnicas y políticas; Mayor aplicación en la práctica de las recomendaciones para favorecer la equidad (evidencias, acción intersectorial y participación comunitaria); Efecto de potencialidad en las intervenciones estructurales de la Ley de Barrios.	Municipio Adherido de la Red Española de Ciudades Saludables (RECS).

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN REDES
Ciudad de México, Población 8.000.000 IDH 0,922 (2010).	2007-Vigente.	Ayuntamiento del Distrito Federal y Dirección General de Promoción de la Salud.	Prevención y Control de Infecciones por transmisión sexual; Salud de los niños y adolescentes (particularmente entre menores en situación de calle); Salud mental de víctimas de violencia.	<p>Formación de más de 1.000 Comités Locales de Salud Activos; elaboración del Manual de Salud Sexual para Atención Primaria; Formación de Promotores de Salud Integral Comunitaria; Instalación del Centro de Apoyo Integral para la Prevención y Control de la Diabetes y un Centro Regional para la Prevención y Control de Zoonosis (Programa “Dueño Responsable”.</p> <p>Lecciones: logros en la sistematización de la información, concertación, impulso, fortalecimiento y reconocimiento de la participación y organización a nivel local, el impacto de las acciones implementadas en los indicadores de salud, prestación de servicios de salud, servicios públicos y entorno físico, económico y social.</p>	Integrado a la Red Estatal de Municipios por la Salud.
Vancouver, Canadá, población 603.200 IDH 0,913 (2014).	2010-Vigente	Ayuntamiento de Vancouver con amplia participación de distintos sectores y actores comunitarios	Desarrollo de amplia Estrategia y Visión de Ciudad Saludable con la definición de 13 metas definidas alrededor de 3 focos de acción: personas saludables, comunidades saludables, y ambientes saludables. Áreas de actuación incluyen salud familiar y de niños, alimentación, vivienda, servicios sociales, convivencia, seguridad, vida activa, transporte activo, entre otros.	<p>Intensa fase inicial de articulación, consultas públicas y consolidación de alianzas (2010-2014) que culminó con la aprobación unánime del Plan Salud para Todos en 2014.</p> <p>El Plan establece metas, indicadores, acciones prioritarias, pasos y acciones integradas para el periodo de 2015-2018.</p> <p>El proceso de construcción del Plan incluyó diagnósticos, análisis de datos epidemiológicos y demográficos, construcción de líneas de base, articulación intersectorial, inclusión de la salud urbana como parte de la planificación local y liderazgo por parte del gobierno local.</p>	No es parte de una Red.

TERRITORIO	PERIODO	COORDINACIÓN Y ACTORES PARTICIPANTES	ACCIONES EMPRENDIDAS Y LINEAS DE ACCIÓN	RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS	PARTICIPACIÓN REDES
Figueira da Foz, Portugal, población 62.125 (2011) habitantes, IDS 0,914 (2004).	1999 - Vigente	La coordinación de los proyectos está, en la mayoría de los casos, en los gobiernos municipales.	<p>Desarrollo de la estrategia ciudad saludable con actuación especialmente para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, personas con discapacidad y población de calle. Las acciones se centraron en combatir el aislamiento social y promover en envejecimiento activo.</p> <p>También se desarrollan acciones de educación ambiental dirigidas a la comunidad escolar y a la población general, sobre el manejo de residuos sólidos (Política de 5 R - Reducir, Reutilizar, Reciclar, Respetar y Responsabilizar); Buenas prácticas de ciudadanía y formación personal; Seguridad alimentaria a través de la valorización de la gastronomía y productos locales y regionales (creación del Guion Gastronómico Saludable); Movilidad segura en el acceso a los servicios de salud para personas con carencia económica, discapacidad física o mental; Ciudadanía e Igualdad de Género a través de acciones de formación y sensibilización de consejeros locales, funcionarios públicos y profesionales del campo de acción social y educación.</p>	<p>Alianza establecida con la OMS, potenciando un abordaje holístico de las ciudades saludables y el know-how en temas transversales a los problemas enfrentados por las ciudades de Europa, como la exclusión social, toxicodependencias, pobreza, cambios sociales, desempleo, SIDA, degradación ambiental, entre otros; Identificación de los adultos mayores en situación de aislamiento; Identificación y caracterización de la población sin techo; Creación del núcleo de planeación e intervención de los sin techo; Reducción en el volumen de residuos producidos en el municipio; Valorización de recetas y productos locales y regionales; Mejoría de condiciones que contribuyen para promover la igualdad de género como factor de cohesión social.</p>	Miembro de la Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (1997). (34 ciudades saludables).

1 Ídem.

2 Población y Ordenamiento Territorial. Publicación conjunta de UNFPA, MAVDT y la Universidad Externado de Colombia. Bogotá. Julio de 2003.

3 Guías para la gestión pública territorial. DNP, 2012.



La salud
es de todos

Minsalud



Carrera 13 No. 32 - 76 Bogotá D.C.

Teléfono: 330 5000

Línea de atención al usuario desde Bogotá: (57-1) 589 3750

Correo electrónico: atencionalciudadano@minsalud.gov.co

Resto del país: 018000960020

www.minsalud.gov.co