

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

**PROCESO INTEGRAL E INTEGRADO: GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA SOCIAL PARA LOS PROCESOS DE GSP- PSPIC**

SUBPROCESO: ANÁLISIS DE LA GESTIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD PÚBLICA

**ACCIÓN DE GESTIÓN PARA EL BIENESTAR: ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS Y
ACCIONES PARA LA SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL**

**ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA Y DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES PSPIC
PRIORIZADAS**

**EQUIPO DE TRABAJO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
NORTE E.S.E.**

**CAROLINA CÁRDENAS GUTIERREZ – POLITÓLOGA ESPECIALIZADA
JOHANNA CASTILLO PACHÓN – EPIDEMIÓLOGA
ANA MILENA BARATO ACHURY – SOCIÓLOGA
KATHERINE ZAMORA ALFONSO – GEÓGRAFA**

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA
(SGYEPSP)**

**LUZ MERY VARGAS GÓMEZ
IRLENA SALCEDO PRETEL
SANTIAGO VALENCIA RICO
LELY DEL PILAR ESPÍCIA PATIÑO**

**BOGOTÁ D.C
MAYO 2026**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 General	3
2.2 Específicos.....	4
3. MARCO DE REFERENCIA.....	4
3.1 Estructura Documental GSP – PSPIC vigencia octubre 2025 – junio 2027	5
3.2 Estructura organizacional de la GSP - PSPIC	12
4. MÉTODO DE ANÁLISIS:	37
5. REFERENCIAS	43

1. INTRODUCCIÓN

El equipo de Análisis de las Políticas y las Acciones para la Salud Pública en el marco de la Gestión Territorial (GT), presenta el documento técnico análisis de la estructura y la implementación de acciones priorizadas de la GSP - PSPIC. Se trata de una línea de trabajo para desarrollar información estratégica para la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión de la Salud Pública. Los hallazgos del siguiente documento de investigación contribuyen a la identificación y comprensión de la situación de salud local, los procesos de la gestión territorial de la Salud Pública, así como el marco estratégico de las acciones colectivas, necesarias para la implementación de la Atención Primaria Social.

Se realizará el análisis de la estructura e implementación de las acciones priorizadas de la GSP-PSPIC en el periodo 2025-2027; al describir la estructura de las acciones se identificarán los objetivos, contenidos técnico-científicos y administrativos, cadena de valor y cadena de entrega de las acciones priorizadas, revisando estos elementos a partir de los criterios de coherencia externa e interna, pertinencia y suficiencia, incluyendo a la comunidad beneficiaria de las acciones objeto de análisis (1). Para el apartado de la implementación, podrá valorarse la eficacia de las acciones en términos del desempeño que tuvo la acción en el periodo de ejecución analizado. En este sentido, se entiende la eficacia como el grado de avance de una acción pública, en contexto de los procesos y acciones integrales e integrados frente a su operación en función de la entrega de productos y su relación con el logro de los resultados esperados (1) (2).

En un primer alcance a este documento, se encontrará una descripción del marco de referencia y la propuesta metodológica para el análisis de la estructura de las acciones priorizadas de la GSP-PSPIC. El marco de referencia se construye realizando una apropiación y revisión de los lineamientos vigentes para la implementación de las acciones de la GSP-PSPIC, con dos secciones principales: la estructura documental y la estructura organizacional, presentando conclusiones y recomendaciones. Por otra parte, para la metodología de análisis, se incluyen aspectos generales y los criterios de análisis junto a su aplicabilidad.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Analizar la estructura de las acciones priorizadas de la GSP-PSPIC de la vigencia 2025-2027, describiendo sus elementos y contenidos técnicos y científicos, para generar conclusiones y recomendaciones que contribuyan a entender el marco estratégico de las acciones colectivas implementadas en la Salud Pública en el distrito.

2.2 Específicos

- Describir la estructura documental y organizacional del GSP-PSPIC, y analizar el marco de referencia de dicha estructura, a partir de los criterios de suficiencia, coherencia y pertinencia.
- Analizar la cadena de valor de las acciones priorizadas para cada Subred, a partir de los elementos constituyentes, tales como, insumos, actividades, productos y resultados identificados, considerando los criterios de suficiencia, coherencia y pertinencia.
- Formular conclusiones y recomendaciones para las acciones objeto de análisis, que contribuyan a mejorar su estructuración en el marco del PSPIC.

3. MARCO DE REFERENCIA

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) como cabeza de sector y las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) como entidades adscritas a la misma, adelantan las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para ese propósito, el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y las SISS suscriben acuerdos de voluntades (convenios interadministrativos o contratos), los cuales contienen las particularidades para el desarrollo de las gestiones e intervenciones en las veinte (20) localidades de Bogotá. A su vez, la Gestión en Salud Pública y el Plan Salud Pública de Intervenciones Colectivas GSP-PSPIC, obtienen financiamiento mediante cuatro proyectos de inversión en el Plan de Desarrollo Distrital “*Bogotá Camina Segura*” (3).

La descripción del marco de referencia de la GSP-PSPIC para el periodo octubre 2025 a julio 2027, se basó dos momentos: en primer lugar, se describió la estructura documental de la GSP-PSPIC (vigencia de referencia), identificando los elementos que la constituyen; las acciones y procesos integrales e integrados, los subprocesos o líneas operativas de los mismos y las acciones de bienestar y de gestión de bienestar. En segundo lugar, a partir de dicha descripción, se realizó una aproximación al análisis de la estructura organizativa del PIC, teniendo en cuenta las definiciones de conceptos clave, unidades de análisis y objetivos de las diferentes unidades que componen la actual apuesta del PSPIC.

La aproximación al análisis se presenta de forma descriptiva a medida que se da cuenta de los elementos constitutivos de la estructura de las acciones. Se concluye con un apartado de conclusiones y recomendaciones, así como de los elementos metodológicos para tener en cuenta para el análisis de estructura de las acciones que se lleguen a priorizar.

3.1 Estructura Documental GSP – PSPIC vigencia octubre 2025 – junio 2027

La revisión inicial del cuerpo documental para la implementación del PSPIC en el distrito, se estructuró el siguiente mapa mental que permite comprender la relación entre la estructura organizativa y la estructura documental de la vigencia de estudio.

Figura 1. Relación de la estructura documental con la estructura organizacional



Fuente: Elaboración propia del equipo de análisis de las políticas y acciones de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, a partir del Documento Marco para la vigencia octubre 2025 – julio 2027; SDS, 2026.

A partir de la Figura 1, se pueden identificar relaciones de orden en la estructura operativa y documental del PSPIC. La estructura documental presenta 4 niveles para orientar técnicamente la operación: Documento Marco (DM), Documentos Técnicos Operativos (DTO), Fichas Técnicas (FT) y Cajas de Herramientas (CH). Aunque el DM menciona la existencia en algunas ocasiones de anexos técnicos, a partir de la revisión, se pudo identificar que no es un elemento permanente de la estructura documental. En lo que tiene que ver con la estructura operativa, funciona en una jerarquía de 3 rangos: el mayor es el de la GSP-PSPIC, su grado inmediato inferior está compuesto por 6 Procesos Integrales Integrados (PII) y 7 Acciones Integrales Integradas (AII), dos conjuntos que se organizan por subprocesos y líneas operativas correspondientemente, a las cuales les siguen en el nivel de base compuesto por las Acciones de Gestión para el Bienestar (AGB) y Acciones de Bienestar (AB).

La estructura documental se relaciona de forma intencionada con la estructura organizacional, el documento marco rige la orientación más amplia de la GSP-PSPIC y los documentos operativos agrupan acciones en 3 líneas operativas para las acciones de bienestar: Promoción de la Salud y el Bienestar, Gestión del Riesgo para el Bienestar Colectivo en los Territorios y Alta Externaldad. A su vez los PII tienen DO para organizar sus acciones en subprocesos de acuerdo con sus necesidades particulares, y las FT y CH orientan la operación de las AGB y AB de forma puntual y específica.

Los elementos de la estructura documental son:

3.1.1. Documento Marco. Descripción de la GSP – PSPIC

Este documento da contexto y direccionamiento a los diferentes documentos técnicos y operativos, delimitando la GSP y el PSPIC junto con los procesos y acciones integrales e integradas, dando estructura a la operación en el marco del convenio. Para esto, el documento establece un análisis de la situación en salud en Bogotá por momentos de curso de vida y asociándolos con las 9 metas estratégicas en salud del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura” 2024-2027, haciendo énfasis en qué:

“Si bien la reflexión posibilitó entrever las condiciones más amplias y comunes que afectan las condiciones de calidad y vida de la población que reside en el Distrito Capital, también enfatizó en que cada momento del curso de vida presenta particularidades que exigen un abordaje diferenciado” (DM, Situación de salud pública en Bogotá, Pág. 4) (3).

Los antecedentes normativos bajo los cuales se configura este documento se sustentan en las competencias del ejercicio de la rectoría de la salud con modelos de gobernanza y gobernabilidad para la garantía del derecho a la salud, en el que se incorporan los procesos de gestión en Salud Pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a través de la gestión territorial integral de la Salud Pública (3).

Entre las normas relacionadas se destacan, la *Resolución 100 de 2024* en la que se establecen disposiciones sobre la planeación integral para la salud, siendo este un proceso estratégico y operativo para la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios; la *Resolución 1597 de 2025* con la que se derogaron las Resoluciones 518 de 2015 y 295 de 2023, en la que se establecen las disposiciones para la gestión territorial integral de la Salud Pública incluida la GSP y el PSPIC; el *Decreto 858 de 2025* con el que se adoptó el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo como política en salud para la población habitante en el territorio nacional; y el *Decreto 397 de 2025* con el cual se creó la Comisión Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar (CIDDSSyB), siendo esta la instancia de gobernabilidad para la Salud Pública y la Atención Primaria Social (3).

Por tanto, el DM aborda un apartado sobre el marco de orientación conceptual y técnica que reconoce el cambio del Modelo con la Atención Primaria Social como una estrategia de gestión que comprende la necesidad de descentralizar el papel exclusivo del sector salud, exalta la dimensión social y política de la salud al reconocer que los determinantes sociales

definen las condiciones de vida y salud de las personas, y reconocer que dicha articulación implica la construcción de acuerdos con otros actores del sistema (3).

Aporta definiciones clave como: Atención Primaria Social (APSocial), Gobernanza, Gobernabilidad, Intersectorialidad, Participación Social Transformadora, Gestión individual del riesgo, Acciones individuales, Gestión colectiva del riesgo, Promoción de la salud, Acciones colectivas, Acciones integrales e integradas, Procesos integrales e integrados, Territorio y Gestión territorial integral (3).

Para la implementación de los referentes normativos, conceptuales y técnicos del Modelo de Salud MAS Bienestar, se establece la estructura estratégica y organizacional, en la que se definen los niveles de gestión, instancias de articulación y criterios orientadores para el desarrollo de los procesos y acciones integrales e integradas en Salud Pública (3).

En el nivel de gestión distrital, el DM señala que este “propende por el establecimiento de prioridades, mecanismos y acciones para ejercer la rectoría de las políticas públicas y la coordinación intersectorial” (Documento Marco, Marco estratégico, Pág.15) (3), con el propósito de reducir fragmentaciones y duplicidades entre sectores y fortalecer la integración de Políticas Públicas. Para ello, confluyen instancias estratégicas como la CIDDSSyB y la Mesa Sectorial MAS Bienestar, encargadas de orientar la gobernanza y la coordinación intersectorial del modelo (3).

A nivel de gestión zonal, el documento define este escenario como un espacio de coordinación e integración entre los niveles distrital y local, orientado a la articulación sectorial y a la respuesta efectiva frente a las necesidades de personas, familias y comunidades. Asimismo, plantea funciones relacionadas con la lectura integral del territorio, el seguimiento a acuerdos intersectoriales y la consolidación de agendas políticas comunes para la toma de decisiones territoriales. En este nivel operan la Mesa Zonal de Bienestar, la Mesa Zonal para la GSP-PSPIC y la Mesa Zonal de canalizaciones para la activación de rutas y la Prescripción Social, concebidas como instancias estratégicas de articulación y seguimiento (3).

Por su parte, el nivel de gestión local se orienta a la implementación concreta de las acciones territoriales, integrando a los equipos APSocial, Gestión Local del GSP-PSPIC, Equipos MAS Bienestar en tu Hogar y los equipos operativos del GSP-PSPIC. El documento resalta que en este nivel se materializan las acciones en el territorio como respuesta a las necesidades identificadas, lo que implica una sinergia entre los equipos presentes en el territorio para consolidar una visión compartida de las problemáticas y respuestas locales. En este marco, el equipo APSocial se define como un equipo colegiado que orienta integralmente las acciones territoriales y articula la gestión con los niveles zonal y distrital. De igual manera, se identifican espacios de coordinación de índole sectorial y/o intersectorial, como las Mesas Locales de Bienestar Sectorial, Intersectorial y Comunitaria y distintas instancias de gobierno y participación local (3).

A su vez, establece que la gestión local se concentra en seis actividades estratégicas, denominadas como actividades de cogestión: caracterización territorial y poblacional, implementación y monitoreo de la estrategia de Prescripción Social, construcción y

seguimiento del Plan Local de Bienestar, Gestión Intersectorial, Participación Social y planeación de jornadas territoriales. Estas acciones buscan fortalecer la cogestión territorial y la articulación entre actores institucionales, comunitarios y sociales para responder a las necesidades identificadas en cada localidad (3).

El Documento Marco (3)

proyecta las acciones transversales sustentadas en tres dimensiones fundamentales: la intersectorialidad, el fortalecimiento de la participación social y el continuo del cuidado. Asimismo, establece cuatro atributos que orientan la implementación de las acciones y procesos: pertinencia para responder a las problemáticas de las personas, familias y comunidades en sus contextos de vida; integralidad para garantizar el continuo cuidado desde la promoción de la salud hasta la paliación de la enfermedad; integridad para promover la articulación y coordinación entre actores y sectores que garantice una respuesta adecuada a las necesidades de salud; y contextualizada para asegurar el abordaje diferencial según particularidades poblacionales y territoriales (3).

Por último, dentro de los aspectos clave que orientan la estructura organizacional, se precisan tres líneas operativas que aplican únicamente para las Acciones Integrales e Integradas: i) *Promoción de la salud para el bienestar* en la que se ubican las acciones dirigidas a potenciar capacidades y generar oportunidades que mejoren la salud y la calidad de vida; ii) *Gestión del riesgo para el bienestar colectivo* con acciones para la identificación, análisis e intervención de riesgos colectivos en salud, amenazas y vulnerabilidades percibidas por la población y disminución o mantenimiento de la ocurrencia de eventos negativos para la salud; y iii) *Alta externalidad* con acciones de índole individual que generen beneficios no solo para quien participa directamente, sino para toda la comunidad (3).

- **Documentos Técnicos Operativos**

De acuerdo con el DM, los Documentos Técnicos Operativos (DTO) de las acciones y procesos integrales e integrados, se definen como aquellos que “describen los procesos de la gestión para la Salud Pública, con los respectivos subprocesos, así como las acciones integradas e integrales incluidas, los cuales como ya se mencionó, enmarcan los productos” (Documento Marco, Pág.39) (3). Así mismo, estos orientan la implementación de intervenciones en Salud Pública, particularmente en el marco del cuidado y la GT, presentando un carácter técnico-operativo, en tanto describen de manera general las acciones, los propósitos, los referentes conceptuales y actividades asociadas a cada proceso o acción, articulando enfoques territoriales, poblacionales y diferenciales.

En términos generales, los DTO abordan procesos como la Gestión Territorial de la Atención Primaria en Salud, procesos de Vigilancia y Gestión de la Salud Pública, Acciones Integrales, así como acciones para el Cuidado Continuo por una Vida con Bienestar en diferentes poblaciones, evidenciando una estructura que incluye: descripción de la acción o proceso, algunos elementos de marco conceptual, propósitos u objetivos (en ciertos casos) y líneas operativas o actividades para su desarrollo.

No obstante, si bien existe una orientación común en la formulación de estos DTO, no se identifica una estructura homogénea consolidada; se evidencian diferencias importantes en la manera en que se presentan los componentes: algunos documentos desarrollan ampliamente el marco conceptual, mientras que otros lo mencionan de forma limitada; de igual forma, los objetivos no siempre se formulan de manera explícita, apareciendo en algunos documentos como “propósitos” y en otros documentos, no se cuenta con esta información de manera explícita. Se identifica la normatividad que respalda estos documentos y la cual se encuentra en diferentes apartados de la estructura de los mismos.

Adicionalmente, se observa que los DTO incorporan diversos referentes conceptuales, definiendo la Acción Integral e Integrada y en complementariedad se evidencian conceptos generales, tales como la planeación local, la interculturalidad, articulación, los diferentes enfoques (territorial, género, diferencial, etc.), el curso de vida, la transectorialidad, la gestión del riesgo y el cuidado continuo; sin embargo, de acuerdo con el propósito de cada una de las acciones los documentos especifican su marco conceptual, aunque estos conceptos no siempre se desarrollan de manera profunda ni articulada, lo que limita su potencial como sustento teórico para la definición de los problemas que se enfrentan con las acciones ni su implementación.

En relación con los objetivos, aunque no se encuentran de manera explícita en un apartado específico, sí se evidencian propósitos claros que se encuentran de manera explícita lo que demuestra heterogeneidad en su formulación, esto con el fin de orientar la mejora de la calidad de vida, la garantía del cuidado integral o el fortalecimiento de la gestión en Salud Pública. Por otra parte, se identifica que los documentos sí cuentan con objetivos explícitos e implícitos inmersos en las actividades de las acciones.

En cuanto al desarrollo operativo, los documentos describen líneas, componentes o acciones estratégicas, que agrupan actividades relacionadas con la promoción de la salud, la gestión del riesgo, el desarrollo de capacidades, la vigilancia en Salud Pública y la articulación intersectorial. Estas líneas operativas constituyen el principal elemento organizador de la implementación, aunque su nivel de detalle varía entre documentos; no obstante, la relación entre líneas operativas y actividades no es fácil de identificar, lo que hace confusa su lectura, toda vez que, en algunos casos, se detallan como líneas operativas o componentes estratégicos, mientras que en otros se describen como acciones generales.

En coherencia con el enfoque de gestión, estas actividades pueden entenderse como los medios por los cuales se operacionalizan los procesos y acciones, y están orientadas a transformar insumos en resultados en el marco de la implementación del modelo de Salud Pública. Sin embargo, resulta importante resaltar, que no todos los documentos en mención describen de manera puntual productos a entregar por las actividades a realizar, ni sus indicadores de seguimiento a la planeación y ejecución.

Ahora bien, sobre el talento humano idóneo y específico con el que debe contar cada acción, en algunos documentos no se relaciona de ninguna manera y en otros, se especifica el entorno que lo debe desarrollar, generando ambigüedad entre las actividades, quiénes las

desarrollan y con quiénes se deben integrar. En el desarrollo de las actividades, tampoco es claro dentro de las narrativas de qué manera los entornos lo apoyan.

En algunos DTO, las Fichas Técnicas (FT) son mencionadas para ampliar la información relacionada con el detalle de la actividad y los indicadores.

- **Fichas Técnicas**

Las FT constituyen, dentro de la estructura documental, el componente estructural de la operación de acciones y procesos integrales e integrales del GSP-PSPIC. Estos documentos además de orientar técnica y operativamente, son el complemento de los DTO en la estructura documental, ya que se definen como: “documentos de orden explicativo y operacional que permiten ampliar o precisar los contenidos de los productos, en el marco de los procesos de la GSP y de las acciones integrales e integradas en el PSPIC” (Documento Marco, Fichas Técnicas. Pág. 39) (3). Las FT, permiten aterrizar los principios estratégicos del Modelo de Salud en acciones concretas sobre los territorios, consolidándose como la herramienta mediante la cual se dan las orientaciones metodológicas y operativas para los equipos que ejecutan acciones en los diferentes entornos.

Así pues, el análisis se realizó por medio de una selección aleatoria de una FT por cada uno de los trece procesos y acciones integrales e integradas identificados, con el propósito de identificar componentes comunes y reconocer las particularidades operativas de cada instrumento. Este ejercicio, permitió evidenciar que las FT presentan una estructura homogénea y estandarizada orientada a facilitar la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de gestión y acciones de bienestar en los territorios. Se refleja una intención institucional de garantizar coherencia metodológica.

Siguiendo el DM, las Acciones de Bienestar o las Acciones de Gestión para el Bienestar, son los elementos con mayor número de existencias, solamente para las fichas de las **All** suman aproximadamente 109. A partir de la muestra se pudo identificar dos elementos que se correlacionan y materializan: por un lado, se encuentra la estructura de las FT y por otro, los contenidos que desarrolla cada una.

En lo que tiene que ver con su estructura, las FT están construidas y desarrolladas en 4 secciones: i) conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar; ii) descripción de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar, iii) indicadores y iv) referencias. En el primero, se puede observar la introducción a la acción, su propósito y los conocimientos base que motivan la acción, este punto ubica la acción en un marco amplio y reconocible. En el segundo lugar, se puede identificar el objetivo general de la acción de forma concreta y entendible. En esta sección las FT presentan una diversidad de formatos, para exponer la descripción de cada acción. En el tercer elemento, al hablar de indicadores, se pueden encontrar las descripciones de planeación necesarias para entender la operación de cada acción, así como los elementos que cada equipo debe reportar en la operación de las acciones. Finalmente, las referencias muestran las fuentes documentales de la ficha y en ocasiones alcanzan a ir más allá aportando con fuentes de información complementarias valiosas para cada acción.

La existencia de una estructura común favorece además la articulación entre equipos, disminuye interpretaciones divergentes durante la operación y fortalece la continuidad institucional de los procesos. Las introducciones o contextualizaciones de las FT, no se presentan de manera explícita en ninguna, sino de manera implícita. Estas incorporan marcos teóricos y definiciones que orientan técnicamente las acciones, fortaleciendo la coherencia entre planeación, ejecución y evaluación.

Un aspecto especialmente relevante es la presencia constante de componentes orientados al seguimiento y evaluación, teniendo en cuenta los indicadores, entregables y medios de verificación, que aparecen como elementos transversales en las fichas revisadas. Esto evidencia una orientación hacia la gestión basada en resultados y la necesidad institucional de generar trazabilidad sobre el cumplimiento de acciones. Los mecanismos de seguimiento facilitan, además, procesos de ajuste, identificación de barreras y toma de decisiones; elementos que el DM reconoce como indispensables para fortalecer la gobernanza y la GT integral.

Ahora bien, cuando se hace referencia a los contenidos que desarrolla cada FT, se habla de las múltiples formas en que se operativizan las acciones que aborda cada una en particular. En estas se amplían las actividades de la acción, por ejemplo, algunas fichas describen numéricamente las actividades principales, se proponen temáticas para el abordaje de las actividades generales, se proponen subactividades, e incluso algunas detallan la metodología paso a paso de las actividades. Esta diversidad, por ejemplo, se evidencia en las referencias, pues algunas FT cuentan con tablas, donde una columna es el nombre de la referencia, otra el link de acceso y la siguiente un resumen/síntesis de la fuente, siendo esto de gran apoyo al operador de la acción en términos de apropiación.

Una FT no solo responde preguntas operativas como qué hacer o cuándo hacerlo; sino que también, responde interrogantes relacionados del por qué una acción es necesaria, sobre qué problemática interviene, qué enfoques orientan su implementación y cuáles resultados espera movilizar. Incluso en acciones con mayor flexibilidad operativa, se mantiene una intención común: garantizar que las intervenciones respondan a necesidades territoriales específicas y se adapten a contextos poblacionales diversos.

Aunque la estructura y los contenidos tienen particularidades, es importante señalar, que, en términos de la coherencia organizacional, al revisar de forma general las FT, se puede ver que algunas en su portada se presentan como AB o AGB de una línea operativa diferente a la indicada en el DM. Por ejemplo, Grupos socioeducativos para el bienestar de trabajadores en la economía informal, dice el DM, es de la línea operativa Promoción de la Salud y Bienestar; sin embargo, en la FT se presenta en la línea Gestión del Riesgo.

- **Caja de Herramientas**

La CH “está constituida por un conjunto de formatos, instrumentos e instructivos, y los listados de códigos, que permiten registrar las actividades realizadas para determinado fin” (Documento marco, Estructura Documental, Pág. 39) (3). Estos documentos cumplen una función operativa, en tanto materializan las orientaciones contenidas en el DM, los

Documentos Técnicos Operativos y las FT en herramientas para la ejecución territorial, el seguimiento y la evidencia del trabajo realizado.

La revisión documental realizada permitió identificar que, en la mayoría de los procesos y acciones integrales e integradas, la CH contiene formatos de registro y seguimiento de actividades, instructivos, listas de chequeo, tableros de control, formatos de informe, matrices, planes de acción, fichas educativas, cronogramas, fichas metodológicas, manuales, fichas técnicas de desarrollo de jornadas, formatos de encuesta de satisfacción, bases de datos, piezas comunicativas, guías metodológicas, documentos técnicos, protocolos y soportes normativos asociados a la operación. En este sentido, la CH constituye un soporte técnico-operativo que estandariza procedimientos, facilita la gestión de la información y contribuye a la planeación, ejecución y seguimiento de las acciones.

Así mismo, estos instrumentos permiten estandarizar el diligenciamiento, documentar la implementación de las acciones, consolidar evidencias de cumplimiento, identificar avances y dificultades, y alimentar los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación. La disponibilidad y el tipo de herramientas varían según la naturaleza de cada proceso o acción, lo que explica que no todas se encuentren descritas de manera homogénea en los DTO o en las FT. Aun así, su presencia en la mayoría de los procesos refleja una apuesta por fortalecer la trazabilidad técnica y administrativa de la operación en los territorios.

En términos generales, la CH cumple una doble función: por un lado, orienta la ejecución estandarizada de las acciones y por otro, soporta la producción de información necesaria para el análisis, la mejora continua y la toma de decisiones. A partir de estos lineamientos, las SISS tienen la responsabilidad técnica y administrativa de la ejecución, lo que implica generar y registrar datos en herramientas ofimáticas y documentos. Los resultados de dicha operación son objeto de monitoreo y seguimiento por parte de la Subsecretaría de Salud Pública, a través de un proceso de seguimiento y supervisión llevado a cabo por el equipo técnico interdisciplinario, quien valida el cumplimiento y calidad de todas las acciones.

3.2 Estructura organizacional de la GSP - PSPIC

Se comprende a partir de las principales necesidades en salud identificadas en la población del distrito, las cuales se delimitaron por momento de curso de vida y así mismo, de acuerdo con la respuesta que desde las acciones y procesos integrales e integrados de la GSP-PSPIC se les puede dar (3).

La estructura organizacional de la GSP - PSPIC expresa una forma de GT integral que articula dimensiones de intersectorialidad, participación social y continuidad del cuidado, bajo atributos de pertinencia, integralidad, integración y contextualización. En ese marco, el GSP-PSPIC se organiza mediante niveles de gestión territorial distrital, zonal y local, con instancias, equipos y mecanismos de coordinación que permiten la toma de decisiones, el seguimiento de compromisos y la movilización de acciones en los territorios (3).

Por lo anterior, la estructura para la operación de los procesos de GSP-PSPIC, se organiza a partir de 6 procesos y 7 Acciones Integrales e Integradas. Los procesos integrales e integrados se configuran por subprocesos y sus acciones de gestión de bienestar. Mientras que, las acciones integrales e integradas, se configuran por líneas operativas y sus acciones de bienestar.

Las líneas operativas que organizan las acciones del PSPIC se dividen en tres grupos: i) Promoción de la salud para el bienestar; ii) Gestión del riesgo para el bienestar colectivo; y iii) Alta externalidad. Por otro lado, las acciones de los procesos de la GSP, se organizan en diferentes subprocesos o líneas operativas acordes a los propósitos particulares de cada proceso (3).

En la estructura documental, se usa de forma indistinta los términos acción de gestión y proceso integral e integrado para referirse a los elementos organizativos estratégicos de la GSP-PSPIC. Por ejemplo, en el documento operativo del proceso integral integrado Gestión de Programas, Estrategias y Planes (GIPEPB), **se hace alusión a esta unidad estratégica como una acción de bienestar, la cual, por coherencia de la lógica expuesta, es un término para las unidades del nivel inferior de la estructura organizativa.** En términos de coherencia, esto puede significar un inconveniente para la identificación y apropiación de la estructura organizativa, por parte de los equipos operativos. La correspondencia entre los subprocesos o líneas operativas con el nivel superior no es exclusiva, así como lo muestra la Vigilancia en Salud Ambiental, la cual se organiza en líneas operativas, siendo un proceso integral - integrado.

La lógica de la organización guarda correspondencia con la estructura documental y los diferentes niveles de operación de los procesos y las acciones integrales e integradas de la GSP – PSPIC. En el nivel superior se encuentra el DM, siguiendo la cascada se encuentran los DTO y en la base existen las FT y las CH.

A continuación, se presenta una descripción de cada uno de los procesos y acciones integrales e integradas que componen la GSP – PSPIC, en el marco del convenio suscrito con la SDS.

3.2.1. Procesos Integrales e Integrados

Los Procesos Integrales e Integrados (PII) de la gestión en Salud Pública están orientados a que las políticas, programas, proyectos y estrategias que lidera el sector salud se realicen o implementen de manera efectiva, coordinada y organizada, en armonía con otros actores de la gobernanza a través de procesos dinámicos, sistémicos y participativos (4). Los procesos que integran la GSP-PSPIC son los siguientes:

3.2.1.1. Gestión Territorial de la Atención Primaria Social para los procesos de Gestión de la Salud Pública

La GT de la Atención Primaria Social para los procesos de GSP-PSPIC, se comprende como un PII que articula la operación del Modelo de Salud MAS Bienestar con los principios de equidad, participación, intersectorialidad y acción territorial, orientados a mejorar las

condiciones de vida y salud de las personas, familias y comunidades en sus contextos cotidianos. En este sentido, el proceso reconoce las particularidades sociales, poblacionales y territoriales de cada localidad, promoviendo respuestas integrales, participativas y sostenibles que permitan afectar los determinantes sociales de la salud, fortalecer la gestión del riesgo en Salud Pública y favorecer la articulación entre las intervenciones colectivas, las Políticas Públicas y las acciones desarrolladas desde la Atención Primaria Social. A su vez, se define como el eje articulador entre los componentes administrativos, financieros, técnicos y operativos del GSP-PSPIC, favoreciendo la materialización de los subprocesos y acciones de gestión para el bienestar, así como el seguimiento, análisis y toma de decisiones en salud a nivel local (4).

Como referentes conceptuales, el proceso incorpora elementos asociados a la GTI, la gestión colegiada, la coordinación y seguimiento de la gestión territorial, la planeación local, la articulación territorial y la participación social transformadora. Asimismo, integra componentes estratégicos como la Gestión de la Información de Acciones Colectivas en Salud Pública (GESI), la Educación para la Salud Pública y Educación Transformadora (ESP-ET), la Prescripción Social y la Activación de Rutas, entendidos como soportes fundamentales para la implementación de las acciones colectivas en Salud Pública. De igual manera, el proceso enfatiza en el análisis de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, así como en el análisis de políticas y acciones, como mecanismos para orientar la priorización territorial y la construcción de los Planes Locales de Bienestar. En este marco, la GT promueve el trabajo colegiado en los Equipos APSocial, favoreciendo la comprensión territorial, la identificación de riesgos colectivos e individuales, y la articulación de acciones intersectoriales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (4).

El objetivo explícito del proceso es “Orientar la implementación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de bienestar de la GSP-PSPIC, en coherencia con los principios de la Atención Primaria Social y el Modelo MAS Bienestar”. De manera complementaria, busca reconocer y apropiar el territorio para planear, organizar, gestionar y hacer seguimiento a las acciones de bienestar definidas para cada localidad, atendiendo las realidades territoriales y las prioridades identificadas colectivamente. Para ello, el proceso plantea una gestión colegiada, en la cual las decisiones se toman de manera colaborativa y democrática, permitiendo evaluar y sistematizar experiencias que fortalezcan las estrategias implementadas en función de las dinámicas territoriales y los resultados obtenidos (4).

Para el cumplimiento de estos objetivos, la GT se estructura en tres subprocesos: i) Coordinación y seguimiento de la Gestión Territorial; ii) Soporte estratégico de la GSP-PSPIC; y iii) Análisis de la Gestión Territorial de la Salud Pública. A su vez, estos subprocesos comprenden diferentes acciones de gestión para el bienestar, entre las que se encuentran la coordinación territorial zonal GSP-PSPIC, el monitoreo de la gestión local, Gestión de la Información de Acciones Colectivas en Salud Pública, la Educación en Salud Pública y Educación Transformadora, la Prescripción social y Activación de Rutas, así como el Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad y el Análisis de Políticas y Acciones. De manera complementaria, la acción de coordinación zonal define seis acciones estratégicas orientadas a promover el reconocimiento y apropiación del territorio, liderar la

territorialización de las acciones de bienestar, fortalecer el trabajo colegiado con el equipo APSocial, analizar y socializar información en salud para la toma de decisiones locales, gestionar barreras para la implementación de acciones y liderar la implementación de la estrategia de prescripción social en las localidades (4).

En relación con los entregables asociados al proceso, el DTO hace referencia a herramientas e instrumentos de seguimiento y organización territorial tales como la matriz de territorialización y mensualización, cronogramas de actividades, actas y listados de asistencia de espacios de participación, así como formatos internos relacionados con la distribución de equipos territoriales en las localidades. Igualmente, se menciona la construcción de planes de trabajo colegiado para la coordinación y seguimiento de la GT, los cuales permiten organizar y monitorear la implementación de las acciones de bienestar en cada territorio.

Con respecto al talento humano, el proceso contempla perfiles organizados en los niveles zonal y local. En el nivel zonal, se identifican roles como coordinación GSP-PSPIC, comunicador social, facilitador técnico, facilitador administrativo y referente de entorno. Por su parte, en el nivel local se incluyen perfiles como líder local PIC, facilitador local, facilitador de prescripción social y técnico administrativo. Estos perfiles tienen como propósito garantizar la coordinación, implementación, seguimiento y articulación de las acciones territoriales del GSP-PSPIC en coherencia con las necesidades y dinámicas locales (4).

Finalmente, aunque el DTO no presenta un apartado específico de indicadores de seguimiento para el proceso de GT, sí establece que estos se desarrollan en las FT asociadas a cada una de las acciones de gestión de los subprocesos. Entre dichas fichas se encuentran indicadores relacionados con coordinación territorial zonal GSP-PSPIC, gestión local del GSP-PSPIC, Gestión de la Información de Acciones Colectivas en Salud Pública - GESI, la Educación en Salud Pública y Educación Transformadora, la Prescripción social y Activación de Rutas, así como el Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad y el Análisis de Políticas y Acciones. Como ejemplo, en la FT de gestión local se identifica como indicador explícito el porcentaje de avance mensual en el cumplimiento del plan de acción de la gestión local GSP-PSPIC, orientado al seguimiento de la ejecución territorial de las acciones definidas (4).

3.2.1.2. Gestión de Programas, Estrategias y Planes

Se define a sí mismo como un eje fundamental para la garantía del derecho universal en salud y bienestar de la población del distrito en tanto articula y coordina las diferentes acciones sectoriales e intersectoriales bajo un mismo marco estratégico. Guarda la coherencia entre las políticas públicas nacionales y distritales, optimiza los recursos para la implementación del Modelo MAS Bienestar y fortalece la capacidad institucional, para responder a necesidades prioritarias de la comunidad. Esta definición se sustenta en el reconocimiento de que los problemas de salud no pueden abordarse de manera aislada, sino que requieren respuestas coordinadas entre diferentes niveles institucionales, sectores y actores. En este sentido, la Gestión de Programas, Estrategias y Planes (GIPEPB) integra una serie de programas específicos con estrategias transversales y planes temáticos bajo prioridades comunes, líneas operativas específicas (desarrollo de capacidades, seguimiento

individual para el cuidado colectivo, gestión sectorial e intersectorial y gestión de medicamentos, dispositivos e insumos) y acciones operativas para su implementación (5).

Define unos aspectos estratégicos para su implementación en relación con el enfoque territorial, el enfoque poblacional diferencial, la participación, la corresponsabilidad, la intersectorialidad, la sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Estos aspectos estratégicos derivan en unas particularidades operativas alrededor de una serie de estrategias, planes desplegados y programas; ejecutados, por los diferentes entornos de vida cotidiana de la población (5).

Su propósito alrededor de la articulación, la planificación, la implementación y evaluación de las estrategias, Planes de Salud Pública y Programas de forma coherente con el Plan Distrital de Desarrollo, como el Modelo de Salud MAS Bienestar, promoviendo equidad, eficiencia, participación e intersectorialidad. Igualmente define su estructura de manera gráfica mediante el uso de diagramas de árbol para relacionar las estrategias, planes y programas con una serie de productos o acciones de bienestar y actividades específicas para su consecución (5).

El GIPEPB está constituido por 3 Estrategias (5), que especifican los enfoques metodológicos para su implementación, así como las diferentes acciones de bienestar y sus objetivos; dichas estrategias son:

- Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Infancia
- Salud Sexual, Reproductiva y Materno Perinatal.

Así mismo, define 3 Planes (5), como instrumentos de gestión de alcance amplio con objetivos, metas, estrategias y recursos propios necesarios para la orientación e implementación de las acciones de bienestar, estos planes son:

- Salud Ambiental
- Salud Mental
- Condiciones Crónicas No Transmisibles.

Finalmente, desarrolla su propósito en 3 Programas (5), los cuales presentan las acciones específicas con población y recursos humanos definidos, estos son:

- Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV),
- Tuberculosis y Lepra
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En síntesis, es un PII de Salud Pública Distrital que, en su DTO, define qué hacer, cómo hacerlo, quiénes lo ejecutan y en qué nivel territorial (local, zonal o distrital) para cada una de las intervenciones priorizadas en Bogotá durante el período señalado. El DTO del proceso presenta una tabla que resume las diferentes líneas operativas (Estrategias, Planes y Programas) y las diferentes acciones de gestión y de bienestar para su implementación según su nivel operacional (local, zonal o distrital) y escenario de operación (por entornos de vida cotidiana de la población) (5).

3.2.1.3. Vigilancia en Salud Pública

Se define como un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos relacionados con la salud de la población, el cual se establece como un elemento transversal y de gerencia que permite generar información estratégica para la toma de decisiones en Salud Pública, promoviendo el bienestar integral y la gobernanza en el marco del sistema de salud de las localidades del distrito. A su vez, el DTO enmarca este proceso dentro de la articulación entre el Plan de Desarrollo Distrital, el Plan Territorial de Salud y el modelo de Salud “MAS Bienestar”, señalando que la vigilancia no solo se orienta a la detección de enfermedades, sino también al monitoreo de factores asociados al bienestar físico, social y mental de las comunidades. En este sentido, el documento hace referencia a la VSP como un componente fundamental para la identificación temprana de problemas emergentes, la priorización de recursos y la orientación de políticas e intervenciones ajustadas a las necesidades territoriales y poblacionales (6).

Para ello, el DTO describe diferentes referentes conceptuales que sustentan el proceso de vigilancia, entre los que se encuentran la acción integrada e integral, las estrategias de VSP, los sistemas de información y los distintos subsistemas de vigilancia. Frente a esto, se señala que la vigilancia se desarrolla mediante estrategias pasivas, activas, rutinarias, intensificadas y centinela, articuladas con sistemas de información como SIVIGILA y las estadísticas vitales, los cuales permiten recopilar, procesar y divulgar información relevante sobre eventos de interés en Salud Pública. A su vez, el documento relaciona diferentes subsistemas orientados al seguimiento de eventos específicos como salud sexual y reproductiva, vigilancia nutricional, salud mental, enfermedades transmisibles y no transmisibles, urgencias y emergencias, así como vigilancia basada en comunidad. Por otro lado, se incorporan referentes operativos y metodológicos como los Comités de Vigilancia Epidemiológica, las búsquedas activas comunitarias e institucionales, las investigaciones epidemiológicas de campo, los protocolos de vigilancia y las salas de análisis de riesgo en Salud Pública, entendidos como escenarios y estrategias fundamentales para la identificación, control y respuesta frente a eventos que puedan afectar la salud colectiva (6)

Su propósito explícito es

“Fortalecer la capacidad operativa y analítica del sistema de VSP, mediante la mejora de la gestión y respuesta ante brotes, alertas y situaciones de emergencias sanitaria, a través de la implementación de acciones integrales que permitan mitigar riesgos y proteger la salud individual y colectiva” (Documento Técnico Operativo VSP, Propósito, Pág. 7) (6).

En este sentido, el documento orienta la vigilancia como una capacidad institucional relacionada no solo con el análisis epidemiológico, sino también con la preparación, respuesta y mitigación frente a eventos de interés en Salud Pública, a través de acciones articuladas e intersectoriales.

Para el cumplimiento de este propósito, el proceso establece dos líneas operativas: i) Gestión, análisis y divulgación de información de la VSP, y ii) Intervención integral en brotes, alertas

y situaciones de emergencia en Salud Pública. La primera línea se orienta a la planificación, coordinación y fortalecimiento de la vigilancia mediante acciones relacionadas con la gerencia de la vigilancia, el mantenimiento de los sistemas de información y redes de operadores, el desarrollo de espacios de análisis crítico de eventos priorizados y la vigilancia centinela. Por otro lado, la segunda línea operativa busca fortalecer la capacidad institucional para anticipar, responder y mitigar impactos derivados de eventos de interés en Salud Pública, mediante acciones de preparación, respuesta inmediata, despliegue de acciones de control y evaluación integral de las intervenciones implementadas. A su vez, el documento señala que estas líneas operativas se desarrollan mediante acciones articuladas, territoriales e intersectoriales, orientadas a reducir riesgos y fortalecer la respuesta institucional frente a brotes, alertas o emergencias sanitarias (6).

Si bien el DTO no define explícitamente los productos asociados al proceso, sí hace referencia a diferentes acciones, actividades y mecanismos de seguimiento que permiten identificar los componentes operativos mediante los cuales se implementa la VSP. Entre estos se encuentran los procesos de fortalecimiento de capacidades del talento humano, el seguimiento y monitoreo de instrumentos de canalización, los espacios de análisis territorial, los comités de vigilancia epidemiológica y las acciones de respuesta inmediata frente a eventos de interés en Salud Pública. De igual manera, se establecen unidades de medida relacionadas con el avance mensual de los planes de fortalecimiento y planes de acción, así como reportes diarios, semanales y mensuales de ejecución (6).

Finalmente, el documento establece que todos los perfiles del proceso integral e integrado de VSP hacen parte de las acciones de fortalecimiento de capacidades, las cuales incluyen procesos de entrenamiento, apropiación de lineamientos y seguimiento permanente a los planes de fortalecimiento. Asimismo, se señala la necesidad de garantizar disponibilidad permanente del talento humano ante contingencias o eventos de interés en salud pública, incluyendo perfiles técnicos, profesionales y administrativos relacionados con áreas de la salud, ciencias sociales y humanas. Se enfatiza en la importancia de la articulación interinstitucional, la disponibilidad operativa y la confidencialidad de la información como elementos fundamentales para garantizar la respuesta oportuna del sistema de vigilancia (6).

3.2.1.4. Vigilancia Basada en Comunidad

El proceso de Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) se explica a partir de un marco normativo y una estructura organizativa, así como unos objetivos enmarcados en la estrategia del sistema de Salud Pública Distrital con un respaldo normativo que promueve la participación comunitaria para la identificación de necesidades y problemas sociales y ambientales con implicaciones en la salud comunitaria y del territorio. De esta forma el proceso busca incidir en los determinantes sociales en salud a partir no solo de la participación comunitaria, sino también de pilares fundamentales del Modelo MAS Bienestar del distrito como lo son la intersectorialidad, la gobernanza y la gestión del riesgo en salud (7).

El proceso integral parte de un objetivo general claro en relación con fortalecer la VBS en Bogotá a través de cinco propósitos específicos: promover la participación comunitaria para

identificar y gestionar problemáticas de salud en los territorios; garantizar el correcto funcionamiento del sistema de información SIVIGILA, formar vigías y gestores comunitarios en salud pública, desarrollar investigaciones socio-epidemiológicas y realizar seguimiento continuo a los indicadores de avance y resultados de la VBC, todo ello en el marco del Modelo MAS Bienestar (7).

El DTO del PII presenta un marco referencial conceptual enmarcado en la vigilancia epidemiológica en Salud Pública de Colombia como un proceso sistemático de recolección, análisis e interpretación de datos para orientar las acciones en salud en tres componentes: i) la Vigilancia Epidemiológica, que detecta brotes y factores de riesgo; ii) la Vigilancia Sanitaria, que monitorea riesgos en establecimientos y espacios públicos y iii) la VBC, que identifica situaciones problemáticas y determinantes sociales en los territorios, promoviendo la participación activa de la ciudadanía en la gestión de su propia salud. En Bogotá, estos componentes se articulan dentro del Modelo MAS Bienestar, siendo la VBC el eje central del proceso integral e integrado con dos líneas operativas, a saber: la gestión estratégica territorial en el contexto de la VBC y la gestión operativa para el fortalecimiento de la Red Epidemiológica de Vigilancia Comunitaria (7).

Dichas líneas operativas se resumen en el DTO en una tabla que recoge las acciones específicas en cada línea operativa o subproceso y el nivel territorial operativo, así como el escenario de operación por entorno de vida cotidiana (7). De igual forma, cada línea operativa se desarrolla en profundidad con sus respectivas acciones de gestión y bienestar en total 7 acciones, especificando las diferentes subactividades, su frecuencia, periodicidad, talento humano y soportes y medios de verificación (7).

- Plan estratégico y operativo de VBC,
- Gestión de la operación,
- Análisis y monitoreo de la información en los territorios,
- COVECOM para la toma de decisiones,
- Asistencias Técnicas a la ReVCom,
- Formación Vigías y Gestores Comunitarios en Salud,
- Acciones de preparación para la repuesta –ISEC- y Participación en las Mesa MAS Bienestar.

Adicionalmente se describen asuntos administrativos relacionados con las asesorías técnicas y acompañamientos técnicos dirigidos a los equipos locales de VBC con el propósito de orientar la implementación de las diferentes líneas, acciones y subactividades en el marco del convenio del GSP-PSPIC, apoyado en una tabla programática para la vigencia administrativa y una tabla que resume dichas asesorías y acompañamientos por subactividad, periodicidad, frecuencia y soportes o medios de verificación. De igual forma, el documento dedica un apartado a todas las especificaciones técnicas en relación con el talento humano y sus horas laborales, para implementar las diferentes líneas operativas del VBC en cada SISS, con unas habilidades, conocimientos actitudes y aptitudes idóneas (7).

En síntesis, la VBC como estrategia de Salud Pública Distrital enmarcada en el Modelo MAS Bienestar, promueve la participación comunitaria activa para identificar y gestionar problemas

de salud en los territorios, incidiendo en sus determinantes sociales a partir de dos líneas operativas con siete acciones de gestión y bienestar, apoyadas en asesorías técnicas a equipos locales y en el sistema de información SIVIGILA. Su implementación define con precisión el talento humano requerido por Subred, las subactividades, periodicidades y medios de verificación necesarios para garantizar su correcta ejecución en el marco del convenio GSP-PSPIC.

3.2.1.5 Vigilancia en Salud Ambiental

Hace parte de los procesos a través de los cuales se ejerce rectoría en salud por parte de la entidad territorial. La Vigilancia en Salud Ambiental (VSA) tiene tres metas que forman parte del proyecto 8141: i) fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social Bogotá D.C del PDD 2024-2027, a saber: Implementar el 100% de la estrategia para la gestión integral de zoonosis en Bogotá D.C.; ii) incrementar mínimo un 50% de establecimientos inscritos ante la autoridad sanitaria, en el marco del fortalecimiento de la estrategia de autorregulación y las acciones de inspección, vigilancia y control en Bogotá, y iii) implementar el 60% del plan de respuesta sectorial de gestión integral del riesgo en Salud por calidad del aire en Bogotá (8).

Para ello, el PII de VSA comprende como referentes conceptuales, las intervenciones de vigilancia rutinaria e intensificada, así como vigilancia sanitaria y vigilancia epidemiológica ambiental, como elementos clave que buscan prevenir y controlar la exposición a factores sanitarios o ambientales y su afectación en el estado de salud de la población. A su vez, enmarca al proceso como parte fundamental para la implementación del Modelo de Salud MAS Bienestar a través de los pilares de gobernanza, intersectorialidad, participación social transformadora y gestión integral del riesgo. Por otro lado, hace referencia a los procesos misionales de la VSA como la fiscalización y el aseguramiento sanitarios de cadenas productivas y su implementación a través de las líneas operativas que incluyen los componentes de inspección, vigilancia y control para el cumplimiento de la normatividad sanitaria. Así mismo, relaciona la coordinación intersectorial como elemento fundamental para favorecer el análisis e intervenciones conjuntas ante problemáticas sanitarias o ambientales que puedan afectar la salud de las personas (8).

El objetivo explícito del PII de VSA es:

“Implementar acciones desde la vigilancia de la salud ambiental, que contribuyan a incidir positivamente los determinantes ambientales y sanitarios en el Distrito Capital, con el fin de prevenir y controlar eventos en salud y favorecer el bienestar de la población” (Documento Técnico Operativo Vigilancia en Salud Ambiental, Propósito, Pág. 5) (8).

Para el cumplimiento de este objetivo y el de las metas inicialmente mencionadas, en el proceso se establecen siete líneas operativas (8):

1. Alimentos Sanos y Seguros
2. Calidad del Agua y Saneamiento Básico
3. Medicamentos y tecnologías en salud

4. Eventos Transmisibles del Origen Zoonótico
5. Seguridad Química
6. Aire, Ruido y Radiación Electromagnética
7. Cambio Climático.

Estas líneas se relacionan con siete acciones de vigilancia para el bienestar (8):

1. Acciones de fiscalización y aseguramiento sanitario
2. Educación para la Salud Pública
3. Intervenciones en viviendas
4. Atención de eventos de interés en salud pública
5. Prevención, vigilancia y control de enfermedades zoonóticas
6. Vigilancia epidemiológica de efectos en salud asociados a factores ambientales
7. Gerencia para vigilancia de la salud ambiental

Por otro lado, los perfiles que hacen parte del proceso se agrupan en administrativos y operativos. Entre los administrativos se identifican, referentes de VSA, líderes técnicos operativos de la VSA y apoyos administrativos de la VSA, quienes deben contar con un profesional relacionado con áreas de la salud y/o ambientales, según la especificación técnica para cada línea. Con relación a los perfiles del equipo operativo de VSA, se especifica que estos deben cumplir los lineamientos nacionales y distritales existentes frente a las competencias, de acuerdo con estándares de talento humano ya establecidos (8).

Por último, se hace referencia al reporte de ejecución del producto, en el que se hace alusión que, en caso de no contar con la meta para el mes de ejecución requerida desde SDS, desde cada SISS se podrá presentar una propuesta de reprogramación o redistribución de recursos en el mismo mes o mediante alcance al informe de gestión, de acuerdo con el lineamiento establecido. Como también, se señala que los radicados oficiales de cuentas de cobro y el reporte del componente financiero del PSPIC deben ser coincidentes (8).

Por lo anterior, se identifica que el documento operativo del proceso de VSA contiene elementos orientadores del qué, para qué, quiénes y cómo se debe operativizar la vigilancia sanitaria, considerando elementos diferenciadores generales entre las líneas operativas de acuerdo con sus objetivos y alcances normativos.

3.2.1.6 Gestión y Análisis de Políticas para el Bienestar

Este Proceso se configura como una acción estratégica de la Gestión de la Salud Pública orientada a fortalecer la formulación, implementación, seguimiento, análisis y evaluación de las políticas públicas en salud y bienestar en el Distrito Capital, en articulación con el Modelo de Atención en Salud de Bogotá + MAS Bienestar, el Plan Territorial de Salud 2024–2027 y el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura” (9).

Este proceso reconoce las Políticas Públicas como instrumentos fundamentales para responder a problemas sociales complejos que afectan la calidad de vida y la salud de las poblaciones, promoviendo respuestas integrales, coordinadas e intersectoriales entre actores institucionales, comunitarios y territoriales. En este sentido, se entiende como una acción

política que incide en la toma de decisiones gubernamentales y sociales, favoreciendo la articulación de recursos técnicos, humanos y administrativos para responder a las necesidades de los territorios (9).

Su propósito es fortalecer la gestión y el análisis de las políticas públicas y planes desde el sector salud y en articulación con otros sectores y actores estratégicos, buscando incidir en decisiones que favorezcan la salud, el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones de Bogotá (9).

Conceptualmente, el proceso se sustenta en la gobernanza, la gobernabilidad, la participación social y la intersectorialidad como elementos transversales de la Gestión para la Salud Pública. Asimismo, incorpora enfoques poblacionales, diferenciales, de género, territoriales y ambientales, reconociendo las dinámicas territoriales de manera integral de Bogotá (9). El proceso plantea una visión sistémica de la Salud Pública, entendiendo que las situaciones y condiciones que afectan la salud y la vida de las poblaciones se relacionan con determinantes sociales, económicos, culturales, ambientales y políticos, por lo que requieren respuestas articuladas y sostenibles en el tiempo y su estructura operativa está conformada por tres subprocesos complementarios (9):

El subproceso de la *Gestión Intersectorial de Políticas Públicas en los Territorio*, orienta a la articulación entre sectores públicos, privados, sociales y comunitarios para responder de manera coordinada a situaciones que afectan la salud y calidad de vida de las poblaciones. Incluye acciones relacionadas con la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas en los diferentes niveles territoriales, así como la incorporación de enfoques diferenciales, de género, curso de vida y diversidades en las acciones individuales, colectivas y poblacionales de salud (9).

Este subproceso reconoce distintos niveles de intersectorialidad, información, cooperación, coordinación e integración, como grados de articulación entre sectores para la construcción de respuestas conjuntas frente a problemas públicos, incorporando además la noción de transectorialidad como el nivel más avanzado de integración política y operativa (9). Por otra parte, la *Gestión Sectorial de Políticas Públicas en los Territorios*, corresponde al ejercicio estratégico y técnico mediante el cual el sector salud organiza y orienta la respuesta sectorial frente a prioridades en salud, necesidades territoriales y situaciones emergentes identificadas en el marco de las Políticas Públicas. Este subproceso articula la gestión intersectorial, la participación social, los procesos comunitarios, la Atención Primaria Social y la Gestión Territorial, permitiendo construir agendas estratégicas sectoriales y planes operativos para la implementación de acciones en los territorios (9).

En este marco, el análisis territorial y de las condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad se reconoce como un insumo fundamental para la planeación estratégica y la toma de decisiones. Asimismo, incorpora conceptos como acción conjunta, gestión de políticas y planeación integral en salud, promoviendo respuestas organizadas y sostenibles frente a las problemáticas identificadas (9).

Ahora bien, la *Generación de Conocimiento en el marco de las Políticas Públicas* tiene como finalidad producir conocimiento aplicado, interdisciplinar y situado que fortalezca las capacidades técnicas del sector salud y contribuya a la toma de decisiones basadas en evidencia. Este subproceso desarrolla análisis sociales y diferenciales de la salud desde enfoques territoriales, diferenciales, transculturales y de determinantes sociales de la salud (9).

La generación de conocimiento se comprende como un proceso investigativo y analítico que supera las explicaciones exclusivamente biomédicas, profundizando en las condiciones históricas, sociales, culturales y materiales que configuran las desigualdades e inequidades en salud. Para ello, incorpora metodologías mixtas y ejercicios interdisciplinarios orientados a comprender las dinámicas sociales y producir evidencia útil para la acción pública (9).

Adicionalmente, el proceso se articula con la Dimensión 6 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), relacionada con la Gestión del Conocimiento y la Innovación, promoviendo el aprendizaje organizacional, la articulación entre dependencias, el fortalecimiento de capacidades institucionales y el uso estratégico del conocimiento para dinamizar el ciclo de Política Pública (9).

En síntesis, el PII de Gestión y Análisis de Políticas para el Bienestar constituye un instrumento técnico, político y operativo de la Gestión de la Salud Pública que orienta la articulación intersectorial, la coordinación sectorial y la generación de conocimiento para fortalecer las Políticas Públicas en salud y bienestar en Bogotá, favoreciendo respuestas integrales, territoriales y orientadas por los determinantes sociales de la salud (9).

3.2.2 Acciones Integrales e Integradas

Por su parte, las Acciones Integrales e Integradas (All) de la GSP - PSPIC son comprendidas como acciones estratégicas que buscan incidir en los resultados en salud y en el abordaje de los determinantes sociales a través de acciones orientadas a una puesta en común: el bienestar de las personas, familias y comunidades como centro del Modelo MAS Bienestar. Las All realizan un abordaje diferencial a través de la implementación de acciones colectivas orientadas al mejoramiento del bienestar y la calidad de vida según particularidades poblacionales y territoriales. Son integrales e integradas con acciones, sectores y niveles de atención y gestión en los diferentes entornos donde ocurre la vida y la salud.

Las All también garantizan del continuo del cuidado desde lo promocional hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad promoviendo el acceso y la calidad de los servicios (4). A continuación, se realiza una descripción de cada una de las All:

3.2.2.1 Cuidado continuo por una vida con bienestar

Se define como una estrategia que articula intervenciones colectivas e individuales para acercar los servicios sociales y de salud a las personas, familias y comunidades en los territorios. La descripción de la acción resalta su carácter integral, orientado a incidir en los determinantes sociales de la salud mediante procesos promocionales, preventivos y

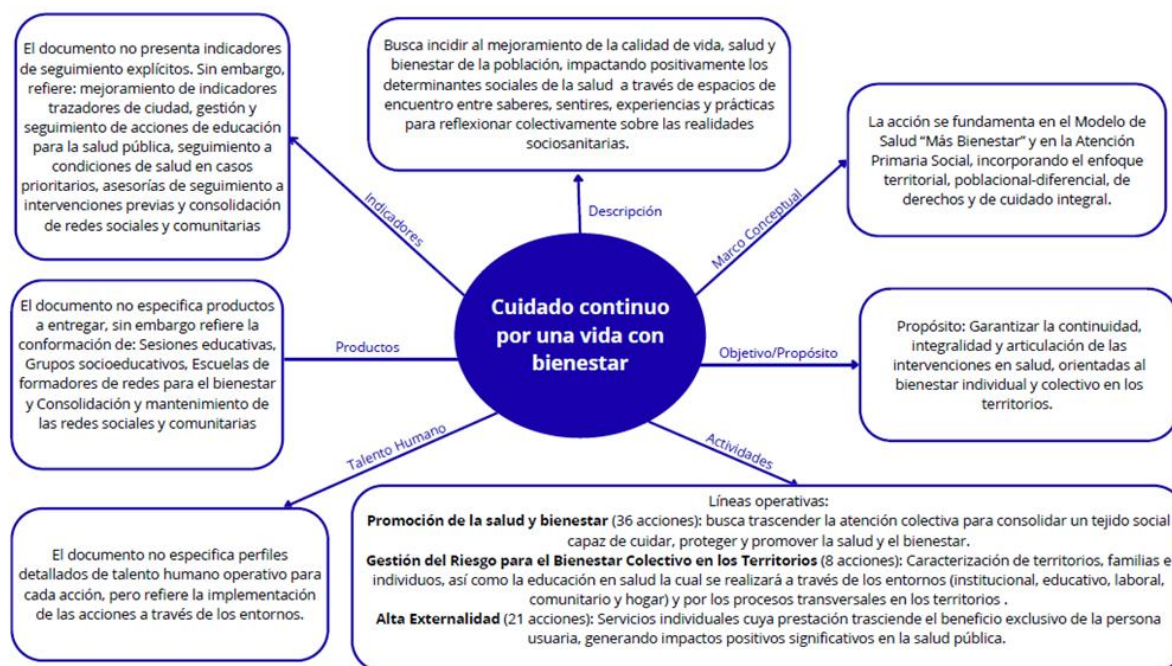
resolutivos, con el fin de mejorar la calidad de vida y los indicadores de salud. Esta acción se desarrolla como un proceso continuo que integra distintos entornos de vida y promueve espacios de encuentro, diálogo y construcción colectiva del conocimiento en salud (10).

Desde el marco conceptual de su DTO, esta AI se fundamenta en el Modelo de Salud “Más Bienestar” y en la Atención Primaria Social, incorporando el enfoque territorial, poblacional-diferencial, de derechos y de cuidado integral. Se estructura a partir de pilares como la gobernanza, la participación social transformadora, la gestión integral del riesgo y la intersectorialidad. Asimismo, reconoce la transectorialidad como eje articulador entre sectores, el bienestar y la salud familiar como núcleo del desarrollo social, y la participación comunitaria como base para el empoderamiento, el autocuidado y la apropiación del territorio, favoreciendo respuestas integrales a las necesidades en salud (10).

La AI tiene como propósito garantizar la continuidad, integralidad y articulación de las intervenciones en salud orientadas al bienestar individual y colectivo en los territorios. Para ello, se organiza en tres líneas operativas: i) promoción de la salud y el bienestar, ii) gestión del riesgo para el bienestar colectivo e individual, y iii) acciones de alta externalidad. Las actividades incluyen procesos educativos dialógicos, sesiones educativas, grupos socioeducativos, escuelas de formación, fortalecimiento de redes comunitarias, caracterización de riesgos, tamizajes, seguimiento a condiciones de salud y activación de rutas, desarrolladas en los entornos hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional. Estas acciones buscan fortalecer capacidades, promover estilos de vida saludables y prevenir riesgos a lo largo del curso de vida (10).

Finalmente, su DTO no detalla el talento humano que implementa la acción; sin embargo, se evidencia que se desarrollará en el marco de los entornos de vida saludable (institucional, educativo, laboral, comunitario y hogar) y por los procesos transversales en los territorios; lo que sugiere un talento humano interdisciplinario y actores comunitarios que operan en los diferentes entornos. Los productos se evidencian en el desarrollo de múltiples acciones de bienestar (72 intervenciones), registros de actividades, procesos educativos, caracterizaciones y reportes de seguimiento. En cuanto a los indicadores, aunque el DTO no los detalla de manera explícita en una ficha única (remite a fichas técnicas de acuerdo con la actividad), estos se asocian al cumplimiento y cobertura de las acciones, al fortalecimiento de capacidades y a los resultados en salud y bienestar de la población, en coherencia con el seguimiento del modelo MAS Bienestar y el PSPIC (10).

Gráfica 1. Elementos constitutivos del documento operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una Vida con Bienestar



Fuente: Elaboración propia del equipo de análisis de las políticas y acciones de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, a partir del Documento Operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar para la vigencia octubre 2025 – julio 2027; SDS, 2026.

3.2.2.2 Cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque diferencial étnico

Esta AI se sustenta en las comprensiones territoriales construidas a través de la participación, concertación y cooperación entre actores sectoriales e intersectoriales, permitiendo desarrollar intervenciones contextualizadas que buscan impactar positivamente en la salud y el bienestar colectivo a las poblaciones que habitan y/o transitan en territorios étnicamente diversos en la ciudad de Bogotá. En este sentido, esta acción promueve espacios de diálogo intercultural, caracterización comunitaria con enfoque étnico y fortalecimiento de práctica de autocuidado (sistemas propios, autonomía y autodeterminación). Asimismo, las acciones colectivas priorizan la identificación y valoración de riesgos relacionados con salud mental, salud sexual y reproductiva y condiciones crónicas, reconociendo los saberes ancestrales y fortaleciendo las capacidades comunitarias como eje esencial para la garantía del derecho a la salud y el bienestar integral (11).

Ahora bien, según su DTO, se fundamenta en la orientación conceptual y normativa del principio de interculturalidad, el cual se entiende no solo como un diálogo sino como un mecanismo operativo de reconocimiento mutuo entre los pueblos étnicos y el sistema occidental de salud en coherencia con lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (11). De esta manera, la partería, la medicina ancestral, los rituales de armonización, el uso de plantas medicinales y otras prácticas tradicionales constituyen referentes fundamentales para la operacionalización del enfoque intercultural en salud pública; sin embargo, no se deja de

lado que esta acción a su vez también incorpora un análisis en relación con las múltiples formas de discriminación estructural que han afectado a esta población, con el fin de promover estrategias diferenciadas (11). En este sentido, su propósito se centra en consolidar un modelo de salud territorial, inclusivo e intercultural que transforme las condiciones de vida y bienestar de las comunidades étnicas en Bogotá, superando inequidades históricas y estructurales mediante acciones que fortalezcan la cohesión social y la equidad en el acceso a los determinantes de la salud (11).

Mencionado lo anterior, su desarrollo responde a tres componentes estratégicos: i) promoción de la salud y bienestar con pertinencia cultural; ii) gestión integral del riesgo en salud desde la interculturalidad; y iii) acciones de alta externalidad con enfoque intersectorial y territorial, las cuales se operativizan en actividades que incluyen educación intercultural en salud, sesiones socioeducativas, jornadas comunitarias, tamizajes, formación de agentes comunitarios, fortalecimiento de redes de cuidado y acompañamiento solidario y están a cargo de duplas interculturales conformadas por profesionales o técnicos en salud y sabedoras, así como profesionales en nutrición y del área social articulados con organizaciones representativas de las comunidades étnicas (11).

Finalmente, el seguimiento se realiza mediante indicadores de gestión y resultado relacionados con la ejecución del plan, la participación comunitaria y los procesos de salud intercultural, aunque su DTO no presenta una matriz específica de medición detallada (11).

Gráfica 2. Elementos constitutivos del documento operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar con enfoque diferencial étnico.



Fuente: Elaborado a partir del Documento Operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar con enfoque diferencial étnico para la vigencia octubre 2025 – julio 2027; SDS, 2026.

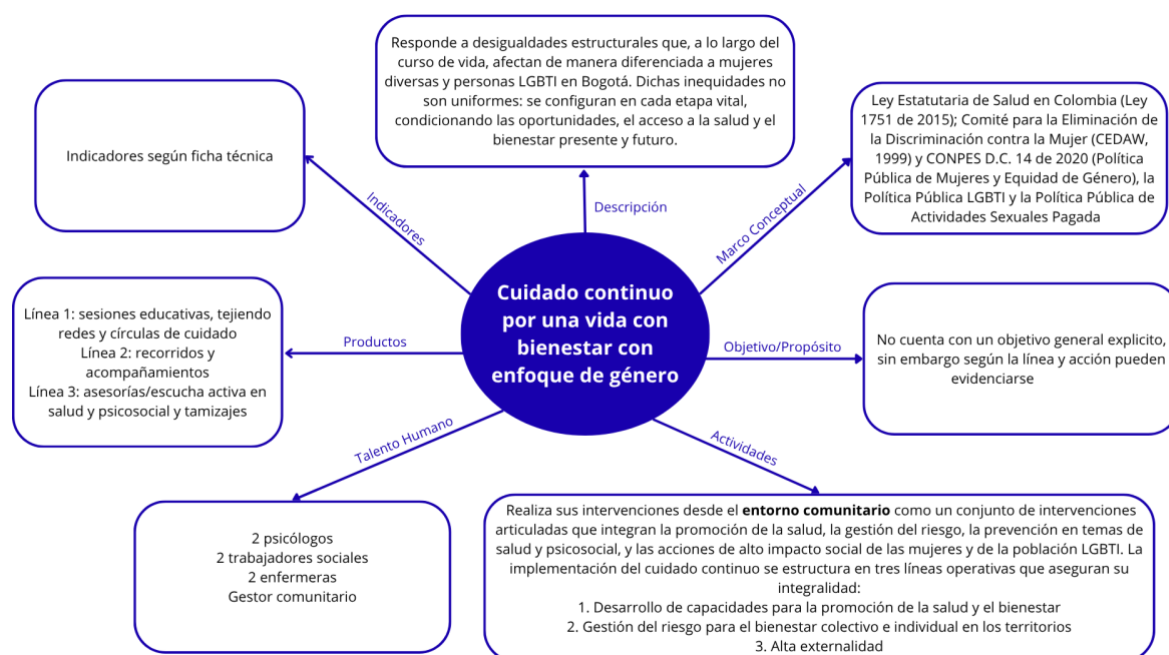
3.2.2.3 Cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género

Esta All surge como una respuesta a las desigualdades estructurales que afectan de manera diferenciada a mujeres diversas y personas LGBTI a lo largo del curso de vida en Bogotá. Estas inequidades se manifiestan en barreras de acceso a la salud, situaciones de discriminación, exclusión social y violencias basadas en género, las cuales condicionan las oportunidades de bienestar presente y futuro. Desde esta perspectiva, el enfoque de curso de vida permite implementar intervenciones adaptadas a las necesidades particulares de cada etapa vital, articulando procesos de promoción, prevención, atención y protección de derechos de manera continua, integral y territorial, bajo una mirada interseccional que reconoce la diversidad de experiencias y contextos sociales (12).

Ahora bien, en su descripción, comprende el cuidado continuo como un proceso integral e integrado como parte de su marco conceptual y a su vez lo acompaña de normatividad, la cual se fundamenta en el Modelo de Salud MÁS Bienestar, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1999), el CONPES D.C. 14 de 2020 sobre Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, así como en la Política Pública LGBTI y la Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas (12). No obstante, aunque su DTO no presenta un objetivo general explícito, sí define propósitos específicos dentro de sus actividades, donde se relacionan las líneas operativas y sus acciones con la generación de espacios de cuidado y confianza, la realización de recorridos territoriales para la detección temprana de riesgos, el acompañamiento integral y humanizado, y la promoción del bienestar mediante asesorías psicosociales y en salud, visibilizando entonces que su implementación se desarrolla desde el entorno comunitario (12).

En este marco, se desarrollan actividades como sesiones educativas, círculos de cuidado, recorridos territoriales, acompañamientos comunitarios, asesorías psicosociales, escucha activa en salud y tamizajes. La implementación cuenta con equipos interdisciplinarios conformados por psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y gestores comunitarios, quienes fortalecen el abordaje integral y territorial de las acciones. Finalmente, el seguimiento se realiza a través de indicadores establecidos en cada una de las FT de la actividad/acción, orientados a medir la ejecución y el alcance de las intervenciones desarrolladas (12).

Gráfica 3. Elementos constitutivos del documento operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar con enfoque de género.



Fuente: Elaboración propia del equipo de análisis de las políticas y acciones de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, a partir del Documento Operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar con enfoque de género para la vigencia octubre 2025 – julio 2027; SDS, 2026

3.2.2.4 Cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque poblacional para formas extremas de exclusión

Esta All se orienta a la reducción de las formas extremas de exclusión en poblaciones en condición de habitanza en calle, personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas (ASP) y personas con consumo de sustancias psicoactivas en poblaciones altamente vulnerables, incluyendo las Personas que se Inyectan Drogas (PID). Adquiriendo especial relevancia al abordar los diferentes escenarios y reconociendo las condiciones estructurales que configuran las situaciones de exclusión, así como los factores multidimensionales que restringen el ejercicio efectivo de los derechos fundamentales y limitan las oportunidades para el desarrollo integral y el bienestar de esta población (13).

Por otra parte, la acción se encuentra estructurada dentro de un marco conceptual relacionado con el cuidado continuo, vida con bienestar, enfoque poblacional, reducción de formas extremas de exclusión y reducción de riesgos y daños. Por su parte, el propósito central se enfoca en contribuir a la reducción de formas extremas de exclusión social mediante la implementación de un proceso de Cuidado Continuo por una Vida con Bienestar con enfoque poblacional, dirigido a personas que realizan ASP, habitantes de calle y PID, respondiendo a las situaciones problemáticas que enfrentan a lo largo del curso de vida. Este busca garantizar una atención integral, diferenciada, intersectorial e inclusiva, que promueva el acceso efectivo a la salud, la protección social, los derechos humanos y el acompañamiento

psicosocial, favoreciendo su bienestar, dignidad y autonomía. Adicionalmente, la acción desarrolla sus actividades teniendo en cuenta los momentos de curso de vida (Infancia y Adolescencia, Juventud, Adultez y Vejez) (13).

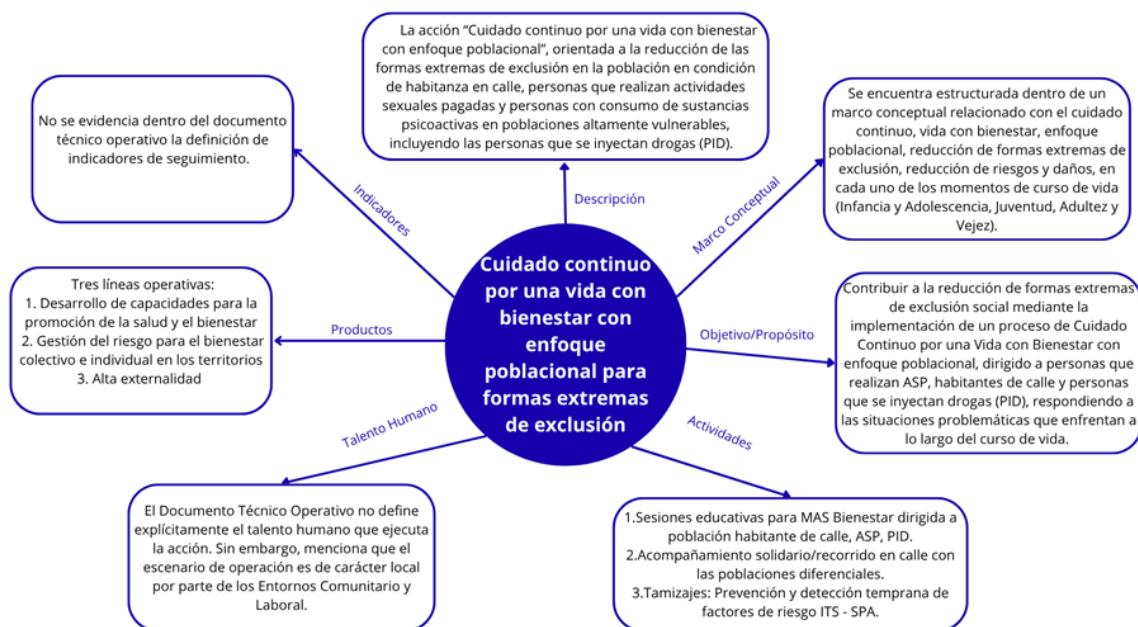
Asimismo, la acción se desarrolla entre tres líneas operativas que constituyen los subprocesos esenciales para el desarrollo de la acción integral e integrada. Por un lado, la primera línea operativa comprende el desarrollo de capacidades para la promoción de la salud y bienestar, enfocada en la categoría de acción en educación, implementando sesiones educativas para MAS Bienestar dirigida a población con habitanza en calle, ASP, PID. En esta misma línea, se encuentran las redes de apoyo con la acción de bienestar de la red para ciudad (ASP) (13).

La segunda línea, se basa en la Gestión del Riesgo para el Bienestar Colectivo e Individual en los territorios, comprendida por la categoría de acción de acompañamiento solidario/recorrido en calle, en donde la acción de bienestar se enfoca en actividades relacionadas con los SPACios para la reducción del daño: acompañamiento solidario a PID, acompañamientos solidarios Habitanza en Calle (HC), recorridos en calle - ASP, asesorías prevención y detección temprana de factores de riesgo psicosocial y en salud, acciones de acompañamiento a la población para la efectividad a las canalizaciones y asesorías, prevención y detección temprana de factores psicosociales y en salud HC (13).

La tercera línea operativa de alta externalidad comprende la categoría de los tamizajes, incluyendo acciones de bienestar en los SPACios de prevención y detección temprana de factores de riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) - Sustancias Psicoactivas (SPA) en PID, prevención y detección temprana de factores de riesgo ITS en población HC y tamizajes para la prevención y detección temprana de factores de riesgo ITS en ASP. También comprende la categoría de intervención breve que tienen en cuenta los SPACios breves para la reducción del daño en PID en todos los momentos de curso de vida (13).

Finalmente, el DTO no define explícitamente el talento humano que ejecuta la acción. Sin embargo, menciona que el escenario de operación es de carácter local por parte de los Entornos Comunitario y Laboral. No se evidencia dentro del documento técnico operativo la definición de indicadores de seguimiento (13).

Gráfica 4. Elementos constitutivos del documento operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar con enfoque poblacional para formas extremas de exclusión



Fuente: Elaboración propia del equipo de análisis de las políticas y acciones de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, a partir Documento Operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar con enfoque poblacional para formas extremas de exclusión para la vigencia octubre 2025 – julio 2027; SDS, 2026.

3.2.2.5 Cuidado continuo por una vida con bienestar para población migrante de Bogotá

Esta AI constituye un eje fundamental para garantizar la salud y el bienestar de la Población Migrante Internacional (PMI) residente en el Distrito de Bogotá, en tanto permite articular, integrar y coordinar las diferentes acciones con actores clave bajo un mismo marco estratégico. Su relevancia radica en que asegura coherencia entre las políticas nacionales y distritales, optimiza el uso de recursos y facilita la implementación del modelo de Salud MAS Bienestar, al tiempo que fortalece la capacidad técnica para dar respuesta a las necesidades prioritarias de la comunidad migrante internacional (14).

Dentro del marco conceptual, se evidencia el término "migrante" que es definido por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) como: "Toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones". Estas razones trascienden 1) la situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia (14). Contextualiza el fenómeno de la migración en el marco de la Política Pública de Acogida, Inclusión y Desarrollo para la Población Migrante Internacional (PMI) 2023-2035, Plan de

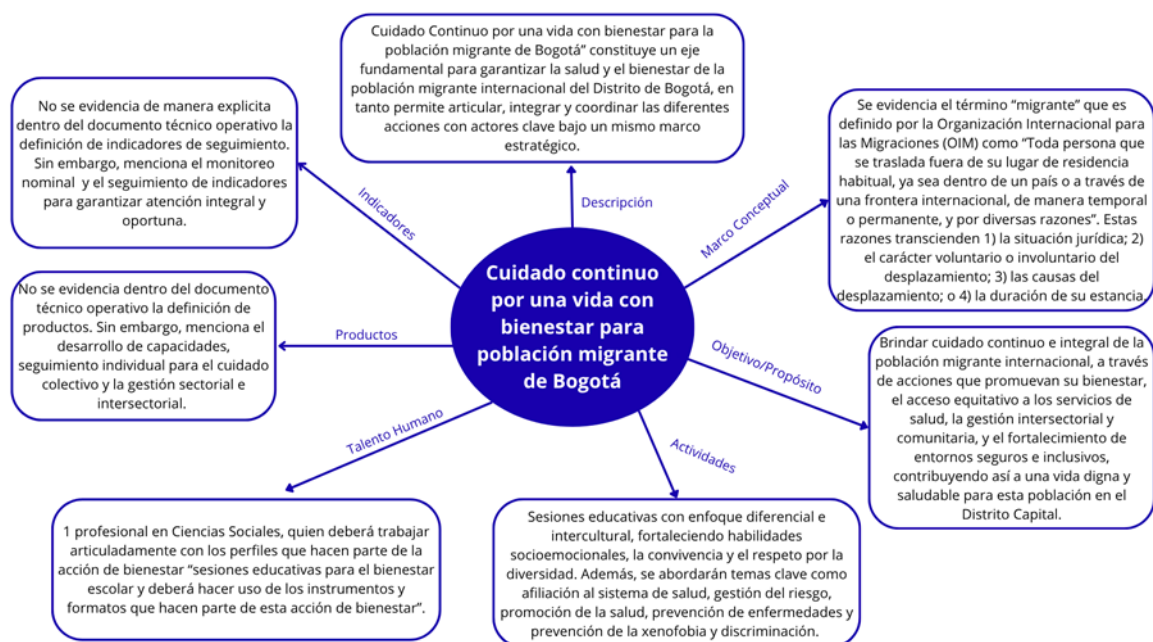
Desarrollo Distrital (PDD) 2024-2027 y la estrategia del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la SDS "Estrategia para el Abordaje en Salud de la Población Migrante" (14).

El propósito principal de la acción es “Brindar cuidado continuo e integral de la población migrante internacional, a través de acciones que promuevan su bienestar, el acceso equitativo a los servicios de salud, la gestión intersectorial y comunitaria, y el fortalecimiento de entornos seguros e inclusivos, contribuyendo así a una vida digna y saludable para esta población en el Distrito Capital” (14).

Esta All se estructura en la línea operativa de bienestar “Promoción de la salud y bienestar”, que permite su desarrollo armónico y coordinado, y a su vez se despliega en la línea operativa de educación y en acciones de bienestar concretas para llevar a cabo las acciones en el territorio. Incluyendo el desarrollo de capacidades, seguimiento individual para el cuidado colectivo y gestión sectorial e intersectorial (14). Desarrollando sesiones educativas con enfoque diferencial e intercultural, fortaleciendo habilidades socioemocionales, la convivencia y el respeto por la diversidad. Además, se abordan temas clave como afiliación al sistema de salud, gestión del riesgo, promoción de la salud, prevención de enfermedades y prevención de la xenofobia y discriminación. Esto se realiza de manera articulada con docentes, directivos, familias y cuidadores, e incluye herramientas diagnósticas para diseñar estrategias adecuadas. También prioriza el seguimiento de rutas de atención activadas, en coordinación con entidades del sistema de protección, salud, y servicios sociales, buscando garantizar respuestas oportunas y sostenibles (14).

Por otra parte, el talento humano requerido para liderar esta acción es un profesional en ciencias sociales, quien trabaja articuladamente con los perfiles que hacen parte de la acción de bienestar “sesiones educativas para el bienestar escolar y deberá hacer uso de los instrumentos y formatos que hacen parte de esta acción de bienestar” (14). Finalmente, No se evidencia dentro del DTO la definición de productos. Sin embargo, se menciona el desarrollo de capacidades, seguimiento individual para el cuidado colectivo y la gestión sectorial e intersectorial. De igual forma, el documento no menciona de manera explícita la definición de indicadores de seguimiento, pero plantea el monitoreo nominal y el seguimiento de indicadores para garantizar atención integral y oportuna (14).

Gráfica 5. Elementos constitutivos del documento operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar para la población migrante internacional de Bogotá



Fuente: Elaboración propia del equipo de análisis de las políticas y acciones de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, a partir Documento Operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar para la población migrante internacional de Bogotá para la vigencia octubre 2025 – julio 2027; SDS, 2026.

3.2.2.6 Cuidado continuo por una vida con bienestar para población con discapacidad

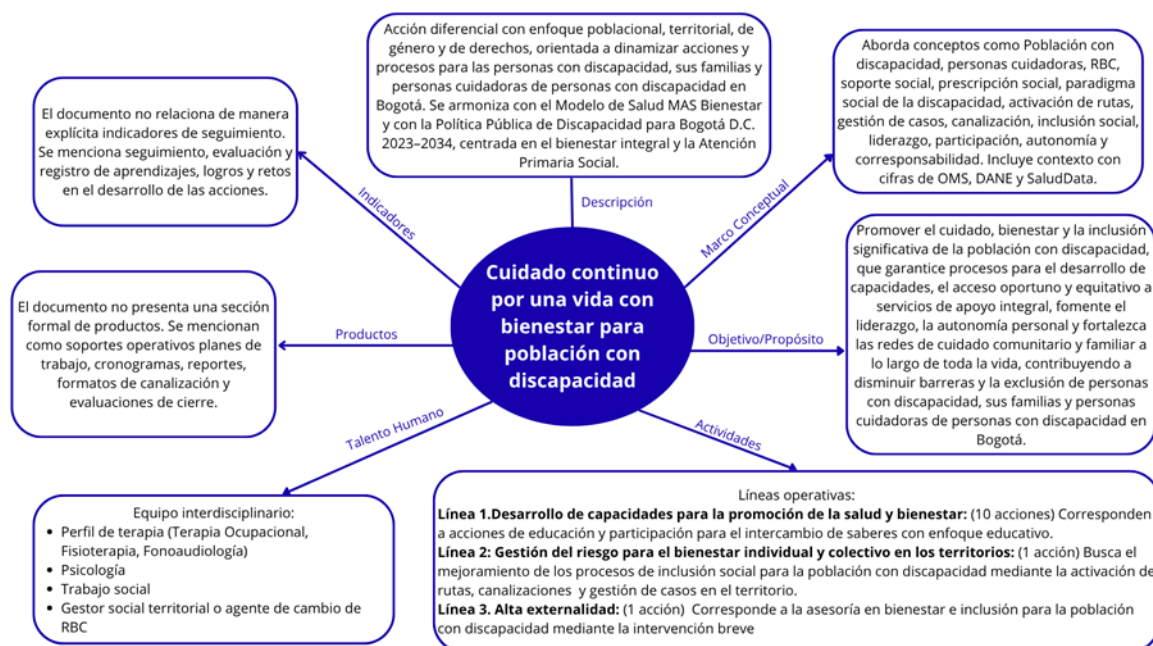
Esta AI constituye una propuesta diferencial con enfoque poblacional, territorial, de género y de derechos, orientada a dinamizar acciones y procesos para las personas con discapacidad, sus familias y personas cuidadoras en Bogotá. Su desarrollo se armoniza con el Modelo de Salud MAS Bienestar y con la Política Pública de Discapacidad para Bogotá D.C. 2023–2034, en una perspectiva promocional, preventiva, territorial e intersectorial, centrada en el bienestar integral y en la Atención Primaria Social. En ese sentido, la acción busca responder a la multidimensionalidad de las necesidades y prioridades de esta población, fortaleciendo el cuidado en red, el tejido social y las condiciones para el goce efectivo de derechos (15).

En cuanto al marco conceptual, el DTO aborda la población con discapacidad, las personas cuidadoras, la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), el soporte social, la prescripción social, el paradigma social de la discapacidad, la activación de rutas, la gestión de casos y la canalización. También incluye como referentes la inclusión social, el cuidado colectivo, el liderazgo, la participación, la autonomía y la corresponsabilidad en los distintos entornos de vida cotidiana. Adicionalmente, el documento presenta un contexto situacional con cifras de OMS, DANE y SaludData sobre discapacidad, con el fin de sustentar la acción en la magnitud del fenómeno y en las condiciones de la población en Bogotá (15).

El propósito de la acción es promover el cuidado, el bienestar y la inclusión significativa de la población con discapacidad a través de una acción integral armonizada con la Atención Primaria Social, que garantice procesos para el desarrollo de capacidades, el acceso oportuno y equitativo a servicios de apoyo integral, el liderazgo, la autonomía personal y el fortalecimiento de las redes de cuidado comunitario y familiar a lo largo de toda la vida. Para ello, el documento plantea 12 actividades organizadas en las tres líneas operativas, con acciones de educación, participación, gestión del riesgo e intervención breve, desarrolladas mediante fases de aprestamiento técnico, acercamiento y concertación, implementación y seguimiento (15).

La implementación está a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por un perfil de terapia, el cual puede ser un profesional en Terapia Ocupacional, Fisioterapia o Fonoaudiología, un profesional en psicología, un trabajador social y un gestor social territorial o agente de cambio de RBC; el documento no presenta una sección formal de productos ni de indicadores de seguimiento, aunque sí menciona soportes operativos como planes de trabajo, cronogramas, reportes, formatos de canalización y evaluaciones de cierre (15).

Gráfica 6. Elementos constitutivos del documento operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar para la población con discapacidad.



Fuente: Elaboración propia del equipo de análisis de las políticas y acciones de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, a partir Documento Operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una Vida con Bienestar para la Población con Discapacidad para la vigencia octubre 2025 – julio 2027; SDS, 2026.

3.2.2.7 Cuidado continuo por una vida con bienestar para la ruralidad de Bogotá

Esta All surge para dar respuesta a las problemáticas de los territorios rurales del Distrito Capital, que abarcan el 75% de la superficie distrital, caracterizadas por desigualdades estructurales en el acceso a servicios, fragmentación institucional, invisibilización de saberes locales y debilidad en las redes comunitarias. Su propósito se orienta con claridad a garantizar un cuidado continuo, integral y equitativo en los entornos de vida cotidiana, mitigando riesgos específicos detectados a lo largo del curso de vida, tales como las barreras de acceso en la primera infancia o el aislamiento y dependencia funcional en la vejez (16). Para lograrlo, implementa el modelo territorial basado en la Atención Primaria Social bajo el marco del Modelo de Salud de Bogotá - MAS Bienestar que articula intervenciones colectivas, intersectoriales y culturalmente pertinentes, reconociendo las dinámicas de la ruralidad lejana (Sumapaz) y la ruralidad cercana (localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Santa Fe, Chapinero, Usaquén y Suba), promoviendo la armonía entre saberes técnicos y tradicionales (16).

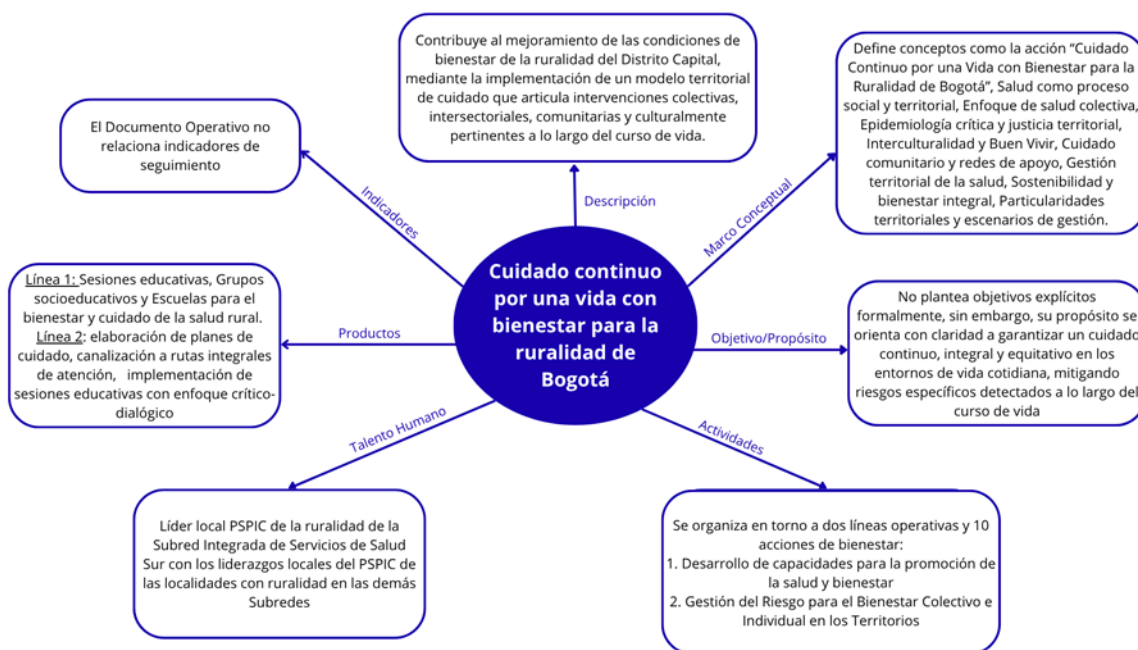
Esta acción se consolida en un marco conceptual que define la salud como un proceso social y territorial de construcción colectiva, determinado por factores estructurales como el acceso a la tierra, el agua potable, la educación y la conectividad. Entre otros conceptos que guían la acción se destacan la salud colectiva, que reivindica la participación comunitaria para entender el cuidado como una práctica social y situada la epidemiología crítica y la justicia territorial (16), los cuales se complementan de manera directa con los principios de interculturalidad y el buen vivir. Asimismo, el marco integra elementos fundamentales sobre el cuidado comunitario y redes de apoyo familiares o vecinales, la gestión territorial de la salud, la sostenibilidad y el bienestar integral (16), asegurando que cada intervención respete las particularidades territoriales y los escenarios de gestión local. En consonancia, la acción incorpora un marco normativo y de política pública que fundamenta su alcance operativo. A nivel nacional, se complementa con el Plan Nacional de Salud Rural (Decreto 0351 de 2025). En el ámbito distrital, la acción operacionaliza los compromisos de la Política Pública de Ruralidad de Bogotá (CONPES D.C. 41 de 2023) para garantizar el cuidado y bienestar integral, articulándose con las metas del Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 "Bogotá Camina Segura", el Plan Territorial de Salud y las directrices del Modelo de Salud de Bogotá - MAS Bienestar (16).

Para llevar a cabo operativamente esta propuesta, la estrategia se organiza formalmente a través de dos líneas operativas destinadas a implementar 10 acciones de bienestar de manera articulada y diferenciada en el territorio. La primera línea se enfoca en el *desarrollo de capacidades para la promoción de la salud y el bienestar*, a partir de actividades como sesiones educativas, grupos socioeducativos y escuelas para el bienestar en entornos comunitarios, educativos e institucionales. Por su parte, la segunda línea se centra en la *gestión del riesgo para el bienestar colectivo e individual en los territorios*, donde se concertan los planes de cuidado, la canalización a rutas integrales de atención, la promoción del trabajo digno, la formalización laboral y la implementación de sesiones con un enfoque crítico-dialógico (16).

Finalmente, la ejecución y el despliegue en el territorio se realizan en el marco del convenio GSP-PSPIC suscrito con la SISS Sur, a través de un talento humano coordinado, encabezado

por el líder local del PSPIC, quien trabaja en articulación con los liderazgos locales del PSPIC de las demás SISS con presencia rural en el distrito, garantizando el acompañamiento técnico del equipo y las condiciones logísticas, administrativas, de dotación y transporte necesarias, entre otros. Con respecto al control de estas acciones en el territorio, es importante señalar que el DTO no relaciona indicadores de seguimiento para el monitoreo de las actividades descritas; sin embargo, orienta el reporte continuo de avances de gestión a través de los sistemas de información institucionales de la SDS (Gestión de la Información de las acciones colectivas - GESI) para asegurar la trazabilidad basada en la evidencia (16).

Gráfica 7. Elementos constitutivos del documento operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una vida con bienestar para la Ruralidad de Bogotá.



Fuente: Elaboración propia del equipo de análisis de las políticas y acciones de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, a partir Documento Operativo de la Acción Integral e Integrada Cuidado Continuo por una Vida con Bienestar para la Ruralidad de Bogotá para la vigencia octubre 2025 – julio 2027; SDS, 2026.

3.2.3 Conclusiones y recomendaciones del marco de referencia

3.2.3.1 Conclusiones

- El análisis de la estructura documental del GSP-PSPIC permite evidenciar una organización jerárquica y metodológica compuesta por Documento Marco, Documentos Técnicos Operativos, Fichas Técnicas y Cajas de Herramientas, lo que permite establecer una relación clara entre la planeación estratégica y la implementación territorial.
- Se identifica coherencia entre el Documento Marco, el proceso integral e integrado de Gestión Territorial y el enfoque territorial promovido por el Modelo de Salud MAS Bienestar, reconociendo que la gestión territorial se configura como el eje articulador

de los procesos y acciones integrales e integradas, especialmente a través de las instancias de coordinación zonal y local.

- Sobre la estructura documental, tanto los Documentos Técnicos Operativos como las Fichas Técnicas poseen una disposición homogénea y estructurada para presentar sus contenidos, facilitando la operacionalización, el seguimiento de las acciones. Sin embargo, en el desarrollo de ciertos documentos se evidencia un mayor desarrollo técnico de las indicaciones operativas que otros.
- Se observa que el Documento Marco presenta con claridad una estructura conceptual y organizacional, así como la jerarquización entre líneas, procesos, subprocesos y acciones; sin embargo, en la revisión de los demás documentos, esto presenta cruces, duplicidades o asignaciones imprecisas respecto a su nivel de pertenencia dentro de la estructura definida, es decir, incoherencia nominal. Lo anterior genera dificultades para comprender con claridad la ubicación y correspondencia de cada elemento dentro de la lógica organizativa del modelo, afectando la coherencia interna y la lectura articulada entre documentos.
- Aunque los conceptos como “entornos”, “espacios” y “escenarios” no son fundamentales para referirse a ámbitos de implementación de las acciones del PSPIC particularmente para esta vigencia, parecen complementarios, aun cuando no se precisan.
- Se evidencian diferencias en el **nivel de profundidad y estandarización** con que cada documento desarrolla los perfiles, competencias, cargas operativas y mecanismos de articulación del talento humano, lo que puede generar insuficiencia en algunas unidades de la estructura documental y consecuencias de articulación en la implementación en la estructura organizacional.
- Finalmente, se destaca la incorporación de enfoques poblacionales, diferenciales y territoriales como elementos fundamentales de la estructura de las acciones PSPIC, lo cual se adecua a las particularidades de las poblaciones y los territorios. Esta propuesta invierte la visión burocrática donde el Estado determina lo que es adecuado o no para la población, revalorando el lugar de la sociedad en las políticas públicas.

3.2.3.2 Recomendaciones

- Fortalecer la armonización conceptual entre los distintos documentos que conforman la estructura del GSP-PSPIC, particularmente frente a categorías estratégicas como acciones integrales, gestión territorial y entornos, entre otros.
- Consolidar una estructura documental más homogénea para los documentos técnicos operativos, definiendo criterios comunes sobre objetivos, marcos conceptuales, líneas operativas, productos, indicadores, responsables y mecanismos de seguimiento, con el fin de facilitar la lectura, apropiación e implementación por parte de los equipos territoriales.
- Fortalecer la homologación conceptual y metodológica de las denominaciones utilizadas en todos los documentos, así como los criterios de clasificación y pertenencia de cada componente dentro de la estructura jerárquica establecida, con el fin de mejorar la consistencia documental y organizativa.

- Se recomienda incluir de forma estandarizada, en los lineamientos, lo relacionados con el talento humano, exponiendo de manera más homogénea los perfiles, competencias, cargas operativas, roles y mecanismos de articulación territorial en cada ficha técnica, con el fin robustecer la implementación y seguimiento continuo de todas las acciones.

4. MÉTODO DE ANÁLISIS:

4.1 Aspectos generales

El presente análisis tiene un carácter descriptivo toda vez que se identifican elementos teóricos, conceptuales y operativos de las acciones priorizadas, lo que permite su caracterización y encontrar hallazgos relacionados con el diseño y la formulación de su estructura.

El planeamiento estratégico es una característica que cada vez tiene mayor relevancia en el diseño de planes, programas y proyectos, ya que permite “ordenar, conducir y orientar las acciones hacia el desarrollo integral de un país, región, municipio o institución” (17); lo que permite reducir la posibilidad de que los esfuerzos que realiza el Estado tengan múltiples direcciones y no estar en sinergia con las prioridades en salud o con el problema socialmente relevante que se desea atender.

Es por esto, que la *Metodología de Marco Lógico MML* contribuye a las tareas de planeamiento estratégico, ya que integra y da coherencia no sólo a los diferentes momentos del proceso del plan, programa o proyecto (diseño, ejecución y evaluación), sino a las partes o actores involucrados en el proceso de programación y administración de la inversión (17).

La lógica interna de la MML parte de un sentido causa-efecto, la que establece un orden sistemático y lógico que parte de elementos como el análisis del problema, el análisis de los involucrados, la formulación y jerarquía de objetivos, así como la selección de una estrategia de implementación óptima (17).

Lo anterior, hace que la MML sea un instrumento que facilite la identificación de los aspectos importantes como es la *coordinación técnico-funcional* entre el nivel estratégico, programático y operativo (18), que aporta al ejercicio de descripción de la estructura del PSPIC; así como aquellos elementos que integran lo que se denomina la *Estructura Analítica del Proyecto*, es decir, sus “niveles jerárquicos, la situación problemática, los objetivos, componentes y actividades, ofreciendo una estructura lógica sobre el desarrollo y relación de las diferentes fases o etapas de un proyecto” (18), que, que da sentido al ejercicio de análisis de las acciones priorizadas.

Para el análisis de las acciones bajo esta metodología es fundamental identificar y comprender categorías como: el marco estratégico, los objetivos y actividades de cada acción, y su cadena de valor. En el *marco estratégico* se identifican las dimensiones en salud,

la situación problemática, el marco teórico y conceptual, y, el marco normativo y de políticas que aborda cada acción.

La *cadena de valor* se debe entender como

“La relación secuencial y lógica entre insumos, actividades, productos y resultados, y mostrar la secuencia causal de los procesos de una acción en el marco de un programa, plan o política. Aunque la cadena de valor “no revela específicamente cómo son los vínculos de causalidad, sí debe exponer cómo es el orden secuencial de las acciones a través de los insumos que necesita, de los procesos que genera para movilizar sus recursos, de los bienes y servicios que crea, de los efectos a corto y mediano plazo sobre los niveles de bienestar de los beneficiarios del plan y de los impactos reales que produce” (Lara & Fajardo, Cadena de Valor, Pág. 14) (1).

Por lo anterior, los elementos constituyentes de la cadena de valor son:

Insumos: Son los factores productivos (físicos, humanos, jurídicos, y financieros), con los que se cuenta para la generación de valor público en el proceso productivo y así llevar a cabo la intervención pública (19).

Actividades: Las actividades describen acciones mediante las cuales se agrega valor [público] a los insumos y al hacerlo se contribuye a su transformación para lograr un producto (19).

Productos: Son bienes y servicios que son producidos y entregados, cumpliendo con los estándares de calidad definidos, como consecuencia de la transformación de los insumos a través de un proceso de producción. Los bienes son aquellos productos de carácter físico, tangible y acumulable. Normalmente son sujetos de desgaste y depreciación por el uso. Por su parte, los servicios son los productos intangibles y no acumulables, su efecto es inmediato y se producen al mismo tiempo de su consumo, a través de una relación directa entre proveedores y receptores (19).

Resultados: cuantifican los efectos relacionados con la intervención pública, los cuales pueden ser incididos por factores externos y no necesariamente se producen directamente por la intervención pública (19).

En síntesis, el análisis de la cadena de valor a partir de estos elementos constituyentes permite destacar el cumplimiento de objetivos y redefinir el rumbo de las intervenciones públicas para el logro de sus objetivos en los tiempos establecidos (19).

Ahora, en relación con el enfoque metodológico cualitativo, el *análisis del discurso* fue el que se empleó como estrategia de análisis. Este consiste en un proceso de interpretación de acciones lingüísticas que permite cuestionar, describir y comprender diversos aspectos de los fenómenos sociales (18). Cada discurso, sea escrito, visual u oral, puede ser interpretado en

su contenido manifiesto y en su contenido indirecto, es decir, en el sentido oculto que pretende transmitir (18).

Este tipo de análisis permitió comprender los contenidos discursivos de las fuentes documentales del PSPIC y las acciones específicas a analizar, identificando patrones, vacíos, tendencias y contradicciones en su sentido y significado, con énfasis en la estructura y los discursos consignados en el marco teórico en torno a la interpretación por parte de las SISS.

Siguiendo el *Análisis y Evaluación del Diseño del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) de Bogotá Distrito Capital 2018*, el presente documento realiza el análisis del discurso de las acciones del PSPIC en tres niveles: textual, contextual e interpretativo. Por un lado, el nivel textual de análisis se centra en los contenidos y temas enunciados explícitamente en los documentos que dan cuenta de la estructura y los aspectos estratégicos del PSPIC, a partir de este nivel, a lo largo del documento se citarán los fragmentos textuales de los documentos sobre los que se realiza el análisis. Por otro lado, el nivel contextual ofrece una comprensión del discurso en tanto acontecimiento singular, reconstruyendo aspectos claves del contexto desde el cual se enuncia el discurso (18). Finalmente, la comparación analítica del nivel textual y contextual llevaría a un tercer nivel interpretativo del discurso, sin embargo, el presente documento, aunque no descarta llegar a un nivel interpretativo, se centrará específicamente en los niveles textual y contextual del análisis.

Estos niveles de análisis no apuntan a un proceso lineal e independiente, sino circular y bidireccional, donde los niveles de análisis se desarrollan simultáneamente y en un continuo diálogo, de tal forma que permite lograr una mejor comprensión de los actos lingüísticos analizados.

En relación con las técnicas de recolección de información empleadas durante el proceso de análisis, tuvo en cuenta varios momentos: la identificación de insumos que hacen parte de la estructura documental del PSPIC y sus entornos, así como insumos normativos y técnicos aportados por la referente del proceso de la Subred como de la SDS.

Con los insumos establecidos, se realizó una revisión y análisis documental que permitió identificar diferentes elementos de las categorías de análisis como lo son el marco estratégico, los objetivos y actividades de cada acción, y su cadena de valor. En situaciones en los que estos elementos no eran explícitos o claros, la inferencia analítica permitió identificar situaciones problemáticas, enfoques conceptuales y objetivos implícitos basándose en referencias indirectas.

Finalmente, se estableció un diálogo entre los contenidos identificados a la luz de las categorías y criterios de análisis, permitiendo establecer su correspondencia lógica, coherencia, suficiencia y pertinencia tanto en los componentes de la estructura como en los elementos constituyentes de la cadena de valor de las acciones.

4.2 Criterios de análisis y su aplicación

En este apartado se propone una conceptualización de los criterios empleados para el análisis de la estructura de las acciones, con el objetivo de comprender las definiciones, su pertinencia para el análisis y las relaciones que se dan entre los diferentes elementos que las componen. Para realizar esta conceptualización, se tomó como referencia los documentos de *Análisis y Evaluación del Diseño del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) de Bogotá Distrito Capital 2018*, y el *Análisis de la estructura, implementación, evaluabilidad, y evaluación de efectos de la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. 2011-2021*; así como las categorías y criterios que se trabajaron en el marco de las asistencias técnicas lideradas por la SDS.

El criterio de *consistencia* en la formulación de objetivos dentro de las acciones en Salud Pública hace referencia a la relación lógica y estructurada entre sus componentes. Este criterio evalúa si las proposiciones textuales que conforman los objetivos se articulan entre sí y cumplen con los elementos esenciales (20): “**qué va a realizar el objetivo, que para este caso consiste en una acción de cambio; en segundo lugar, indicar cómo se va a realizar o desarrollar este cambio; y finalmente describir cuáles son los efectos o cambios (para qué) que espera producir, para dar respuesta al propósito del PSPIC**” (18). Con esto, los objetivos no solo serán comprensibles a nivel textual, sino que reflejan una construcción interna sólida que facilita su análisis comparativo y su correspondencia con los propósitos del PSPIC.

El análisis de consistencia es un paso previo indispensable para evaluar la coherencia de los objetivos. Si un objetivo carece de consistencia, su estructura impide un análisis posterior de su alineación con el enfoque y las estrategias del programa. Por ello, este criterio resulta clave para asegurar que los objetivos generales y específicos mantengan una relación articulada y contribuyan efectivamente a la implementación de las acciones de la Salud Pública (18).

El criterio de *factibilidad* permite determinar si los objetivos son alcanzables dentro de los recursos, la metodología y los plazos establecidos (18). Para ello, se analiza si la formulación de los objetivos considera las condiciones de implementación y si su estructura permite su desarrollo sin que existan barreras que comprometan su cumplimiento. En este sentido, la factibilidad se relaciona con la coherencia interna del objetivo y su correspondencia con la planificación programática, garantizando que pueda ejecutarse de manera efectiva en el marco de los procesos y acciones de la Salud Pública (18).

La *coherencia* en el análisis de la estructura de las acciones de la Salud Pública se refiere al grado de correspondencia lógica entre los diferentes elementos de la intervención, incluyendo objetivos, acciones, insumos, actividades y productos. En este sentido, se analiza tanto la continuidad del sentido lógico entre el objetivo general y los específicos (18), como la coherencia interna de la intervención. Esta última, se entiende como la relación causal entre la definición del problema público, los instrumentos de política y la solución esperada, asegurando que la forma en que el Estado interviene sea congruente con la problemática identificada (18).

El criterio de *suficiencia* permite evaluar si los insumos, actividades y productos de una acción en salud pública cuentan con la amplitud y magnitud necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. Esto implica valorar en qué medida la oferta programática beneficia a la población objetivo y cómo contribuye a mejorar su calidad de vida. Su análisis combina una dimensión cuantitativa (relacionada con la cobertura y el alcance de las acciones) y una cualitativa (que examina los efectos logrados y su proximidad con los resultados esperados) (21). En este sentido, se verifica si las actividades cumplen con los requerimientos mínimos planteados en el producto y en la acción integrada, asegurando que la intervención sea suficiente para generar el impacto esperado (20).

El criterio de *pertinencia* permite analizar el grado de correspondencia entre las acciones y actividades implementadas y los objetivos que se buscan alcanzar en el marco de una intervención en salud pública. En términos generales, evalúa si las estrategias formuladas responden de manera adecuada a la problemática identificada o a la situación social que se pretende abordar (20).

En el caso del PSPIC, su análisis debe considerar la alineación de las acciones con los propósitos definidos en el Plan Territorial de Salud Pública y su contribución al cumplimiento de los objetivos estratégicos (18). Desde esta perspectiva, la pertinencia también se examina en función de la coherencia entre el diseño de las estrategias y su implementación en la cadena de valor del programa (20).

El criterio de *evaluabilidad* permite determinar si las acciones, productos, metas y resultados de una intervención en salud pública pueden ser efectivamente verificados una vez finalizadas las actividades que los desarrollan (18). Este análisis se centra en la disponibilidad de evidencia que facilite el seguimiento y la medición del cumplimiento de los objetivos planteados. Para ello, es fundamental contar con un sistema de recolección de datos que respalde el proceso de evaluación, garantizando que la información requerida esté disponible o, en su defecto, identificando qué datos deben recopilarse para una futura evaluación. En este sentido, la evaluabilidad puede abordarse desde su concepción teórica (valorando la calidad de la planificación) o desde su aplicación práctica, asegurando que los efectos generados sean medibles y verificables (20).

Teniendo en cuenta esta conceptualización de los criterios de análisis, en la tabla 1 se señala la manera en cómo estos se aplicaron al análisis en cada categoría y las preguntas orientadoras, las cuales fueron un insumo suministrado en las asistencias técnicas con la SDS:

Tabla 1. Síntesis de categorías, criterios, y aspectos o preguntas orientadoras.

Categoría	Criterio de análisis	Aspectos o preguntas orientadoras
Objetivos	Consistencia	- Qué: Los efectos o el cambio que se espera producir con la acción - Cómo: A través de qué medios se va a desarrollar la acción - Para qué: A qué contribuyen los cambios – Propósito

		- La población sujeto con la que se planea desarrollar esa acción.
Objetivos	Factibilidad	A partir de los objetivos identificar si la ejecución de la acción permite alcanzarlos con los recursos disponibles, y dentro de los plazos previstos
Objetivos	Coherencia	Externa: - Correspondencia lógica (textual) entre la situación problemática y los objetivos de la acción. - Correspondencia lógica (textual) entre los objetivos general y específicos de la acción y los de la interacción integral e integrada del entorno. Interna: - Correspondencia lógica (textual) entre los objetivos general y específicos de la acción.
Acción: Sus objetivos y actividades	Coherencia	¿Existe correspondencia lógica entre los objetivos y las actividades de la acción?
Acción: Sus objetivos y actividades	Suficiencia	¿De qué manera las actividades son suficientes para lograr los objetivos de la acción?
Acción: Sus objetivos y actividades	Pertinencia	¿Las actividades responden a la situación problemática?
Acción	Verificabilidad o evaluabilidad	- ¿Las actividades que permite desarrollar la acción son verificables y se pueden documentar? - ¿Cuál es el tipo de registro que se hace? - ¿Qué características tienen dichos registros? - ¿Qué vacíos identifica en el registro de las actividades de la acción, de tal manera que se pueda identificar su evaluabilidad?
Cadena de valor INSUMOS	Coherencia interna	¿De qué manera se relacionan los insumos disponibles, con las actividades planeadas para la consecución de los productos esperados?
Cadena de valor INSUMOS	Suficiencia	¿Cuáles recursos técnicos, humanos, financieros y físicos se proponen para la implementación de la acción? ¿Son suficientes para la implementación de esta?
Cadena de valor ACTIVIDADES	Coherencia interna	- ¿Las actividades propuestas se corresponden de manera lógica con la acción y los productos establecidos? - ¿Las actividades apuntan a los cambios de los objetivos planteados a la acción?
Cadena de valor ACTIVIDADES	Suficiencia	¿De qué manera las actividades son suficientes para lograr los productos y los objetivos de la acción?
Cadena de valor ACTIVIDADES	Pertinencia	¿Las actividades responden a los cambios que se esperan en la situación problemática que motiva la acción?
Cadena de valor PRODUCTOS	Coherencia interna	¿Cómo los productos se corresponden con las actividades para dar cumplimiento a los objetivos de la acción?
Cadena de valor PRODUCTOS	Suficiencia	¿De qué manera los productos son suficientes para lograr los objetivos de la acción?

Fuente: Creación propia a partir del insumo suministrado por la SDS en las asistencias técnicas

5. REFERENCIAS

1. Secretaría Distrital de Salud. Ficha técnica: Análisis de la Políticas y Acciones para la Salud Pública..
2. PNUD. Resultados del PNUD..
3. Secretaría Distrital de Salud. Documento Marco GSP-PSPIC..
4. Secretaría Distrital de Salud. Documento Técnico Operativo Gestión Territorial..
5. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo GIPEPB..
6. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo de Vigilancia en Salud Pública..
7. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo Vigilancia Basada en Comunidad..
8. Secretaría Distrita de Salud. Documento Operativo Vigilancia en Salud Ambiental..
9. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo Gestión de Análisis y Políticas..
10. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo: Cuidado continuo por una vida con bienestar..
11. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo: Cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque diferencial étnico..
12. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo: Cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género..
13. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo: Cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque poblacional para formas extremas de exclusión..
14. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo: Cuidado continuo por una vida con bienestar para población migrante de Bogotá..
15. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo: Cuidado continuo por una vida con bienestar para población con discapacidad..
16. Secretaría Distrital de Salud. Documento Operativo: Cuidado continuo por una vida con bienestar para la ruralidad de Bogotá..
17. Ortigón E, Pacheco JF, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Guía metodológica. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.
18. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Análisis y Evaluación del Diseño del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) de Bogotá Distrito Capital 2018. Informe de análisis y evaluación. Bogotá D.C., Convenio específico No. 2 -1331/17.
19. Departamento Nacional de Planeación. Guía de seguimiento a Políticas Públicas. Guía técnica. Colombia.
20. Secretaría Distrital de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la estructura, implementación, evaluabilidad, y evaluación de efectos de la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá 2011-2021. Informe de análisis. Bogotá D.C., Convenio de cooperación 022 diciembre de 2021.
21. Gobierno de Chile y Ministerio de Planificación y Cooperación. Metodología de Análisis de Políticas Públicas: conceptos y criterios (Sistema integrado de evaluación de intervenciones públicas No. 4). Guía institucional. Santiago de Chile:, Ministerio de Planificación y Cooperación.