

Competitividad y Determinantes Sociales de Salud Santander y Antioquia 2012-2017

Lina Marcela Palacios Fonseca

Trabajo de Grado Para Optar el Título de Economista

Director

Amado Antonio Guerrero Rincón

Historiador, Ph.D

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía

Bucaramanga

2019

**Tabla de Contenido**

|  |    |
|--|----|
| Introducción.....  | 13 |
| 1. Objetivos.....  | 15 |
| 1.1. Objetivo General .....  | 15 |
| 1.2 Objetivos Específicos .....  | 15 |
| 1.3 Marco Teórico.....   | 15 |
| 1.4 Formulación Del Problema.....  | 24 |
| 1.5 Antecedentes.....  | 26 |
| 1.6 Justificación .....  | 32 |
| 1.7 Metodología .....  | 34 |
| 2. Análisis de inversión por dimensiones según PDSP Santander – Antioquia 2012-2017.....                 | 36 |
| 2.1 Análisis de inversiones prioritarias. ....   | 38 |
| 2.1.1 Dimensión Salud ambiental 2012-2017 Santander – Antioquia.....                                     | 43 |
| 2.1.2 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental 2012-2017 Santander – Antioquia.. ....                 | 46 |
| 2.1.3 Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional 2012-2017 Santander – Antioquia.. ....               | 49 |
| 2.1.4 Dimensión Sexualidad y derechos sexuales reproductivos 2012-2017 Santander –<br>Antioquia.. .....  | 51 |
| 2.1.5 Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles 2012-2017 Santander –<br>Antioquia.. .....   | 53 |
| 2.1.6 Dimensión Salud publica en emergencia y desastres 2012-2017 Santander – Antioquia....              | 56 |
| 2.1.7 Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles 2012-2017 Santander –<br>Antioquia.. ..... | 58 |

|  |     |
|--|-----|
| 2.1.8 Dimensión Salud y ámbito laboral Santander y Antioquia 2012-2017.....  | 61  |
| 2.2 Análisis de inversión Dimensiones Transversales. ....  | 63  |
| 2.2.1 Dimensión de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables Santander y Antioquia<br>2012-2017.....  | 67  |
| 2.2.2 Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud Santander<br>y Antioquia 2012 - 2017.....  | 71  |
| 3. Evolución pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad para Santander –<br>Antioquia 2013-2017. ....   | 76  |
| 3.1 Análisis evolutivo subpilar de cobertura en salud 2013-2017 Santander – Antioquia. ....  | 80  |
| 3.2 Análisis evolutivo subpilar de primera infancia 2013-2017 Santander – Antioquia. ....  | 82  |
| 3.3 Análisis evolutivo subpilar de Calidad en Salud 2013-2017 Santander – Antioquia. ....  | 84  |
| 4. Relación inversión en Determinantes Sociales de Salud – Evolución pilar de salud de Índice<br>Departamental de Competitividad. ....   | 88  |
| 4.1 Subpilares descendentes identificados para Santander en el pilar de salud del IDC y su<br>relación con la inversión en las dimensiones del PDSP para el periodo 2013-2017..... | 90  |
| 4.2 Subpilares ascendentes identificados para Santander en el pilar de salud del IDC y su relación<br>con la inversión en las dimensiones del PDSP para el periodo 2013-2017. .... | 94  |
| 4.3 Subpilares descendentes identificados para Antioquia en el pilar de salud del IDC y su<br>relación con la inversión en las dimensiones del PDSP para el periodo 2013-2017..... | 96  |
| 4.4 Subpilares ascendentes identificados para Antioquia en el pilar de salud del IDC y su relación<br>con la inversión en las dimensiones del PDSP para el periodo 2013-2017. .... | 98  |
| 5. Conclusiones .....  | 102 |
| 6. Recomendaciones.....  | 106 |

Referencias bibliográficas ..... 108

Anexos..... 112

**Lista de Tablas**

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Inversión Dimensiones Prioritarias Santander 2012 - 2017.....                 | 39 |
| Tabla 2. Inversión Dimensiones Prioritarias Antioquia 2012-2017.....                   | 40 |
| Tabla 3. Inversión Dimensiones Transversales Santander 2012-2017.....                  | 64 |
| Tabla 4. Inversión Dimensiones Transversales Antioquia 2012-2017.....                  | 65 |
| Tabla 5. Resultados de evolución por dimensiones Santander y Antioquia. ....           | 75 |
| Tabla 6. Subpilares de Salud (IDC) Santander 2013-2017.....                            | 77 |
| Tabla 7. Subpilares de Salud (IDC) Antioquia 2013-2017.....                            | 78 |
| Tabla 8. Resultados de evolución subpilares de Salud (IDC) Santander y Antioquia. .... | 87 |
| Tabla 9. Subpilares ascendentes y descendentes Santander y Antioquia 2013-2017.....    | 88 |
| Tabla 10. Asociación Dimensiones PDSP y variables subpilar de salud IDC.....           | 89 |

**Lista de Figuras**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Determinantes Sociales de Salud.. .....   | 22 |
| Figura 2. Marco conceptual sobre los Determinantes Sociales de Salud. ....  | 23 |
| Figura 3. Dimensiones prioritarias Santander 2012-2017.....   | 42 |
| Figura 4. Dimensiones Prioritarias Antioquia 2012-2017.....   | 43 |
| Figura 5. Dimensión salud Ambiental Santander y Antioquia 2012-2017. ....   | 44 |
| Figura 6. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Santander y Antioquia 2012-2017. ....   | 47 |
| Figura 7. Seguridad Alimentaria y nutricional 2012-2017.....  | 50 |
| Figura 8. Dimensión Salud y derechos sexuales reproductivos Santander y Antioquia 2012-2017.<br>.....                               | 52 |
| Figura 9. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles 2012-2017. ....   | 54 |
| Figura 10. Dimensión de Salud pública en emergencias y desastres Santander y Antioquia 2012-<br>2017.....                           | 57 |
| Figura 11. Dimensión de Salud pública en emergencias y desastres Santander y Antioquia 2012-<br>2017.....                           | 59 |
| Figura 12. Dimensión salud y ámbito laboral Santander y Antioquia 2012-2017. ....   | 62 |
| Figura 13. Dimensiones Transversales Santander 2012-2017.....   | 66 |
| Figura 14. Dimensiones Transversales Antioquia 2012-2017.....   | 67 |
| Figura 15. Dimensión Gestión diferencial de las Poblaciones Vulnerables 2012-2017.....  | 68 |
| Figura 16. Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud<br>Santander y Antioquia 2012-2017. .... | 72 |
| Figura 17. Inversión total per cápita Santander – Antioquia 2012-2017. ....   | 74 |

|   |    |
|---|----|
| Figura 18. Pilar de Salud Santander 2013-2017. ....         | 79 |
| Figura 19. Pilar de Salud Antioquia 2013-2017. ....         | 80 |
| Figura 20. Cobertura de Salud Santander 2013-2017. ....     | 81 |
| Figura 21. Cobertura en Salud Antioquia 2013-2017. ....     | 82 |
| Figura 22. Primera Infancia Santander 2013-2017. ....       | 83 |
| Figura 23. Primera Infancia Antioquia 2013-2017. ....       | 84 |
| Figura 24. Calidad en salud Santander (IDC) 2013-2017. .... | 85 |
| Figura 25. Calidad en salud Antioquia (IDC) 2013-2017. .... | 86 |

**Lista de Anexos**

|  |     |
|--|-----|
| Anexo A. Plan Operativo Anual de Inversiones Santander 2012-2017. .... | 112 |
| Anexo B. Plan Operativo Anual de Inversiones Antioquia 2012-2017.....  | 123 |

## Resumen

**TITULO:** COMPETITIVIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD SANTANDER – ANTIOQUIA 2012-2017.\*

**AUTOR:** LINA MARCELA PALACIOS FONSECA\*\*

**PALABRAS CLAVES:** DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD, COMPETITIVIDAD, SANTANDER, ANTIOQUIA, DIMENSIONES, PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA.

### DESCRIPCIÓN:

Este trabajo identifica de qué manera influyo la acción los Determinantes Sociales de Salud a través de la adopción del Plan Decenal de Salud Pública por parte de Santander y Antioquia, sobre los resultados del pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad para el periodo 2012-2017. Para cumplir con el objetivo, se utiliza como fuente de información el Plan Operativo Anual de Inversiones y los informes emitidos por el Consejo Privado de Competitividad, posteriormente se realiza una relación entre estas causas y resultados, con los cuales se observa que el departamento de Santander presenta una evolución negativa en factores como primera infancia y calidad, mientras que cobertura es el subpilar que tiene mejores resultados. Por su parte, Antioquia se destaca por una evolución positiva en factores como primera infancia y cobertura, mientras que calidad es el subpilar con la evolución menos favorable. Finalmente se identifican tres aspectos que influyeron en los resultados de salud en cada departamento, entre ellas, la *forma de adopción* del Plan Decenal de Salud Pública, el *manejo de recursos* en cada departamento, y la *distribución priorizada* de acuerdo a los objetivos de cada gobierno en el periodo de estudio con enfoque de inversión en los subpilares, cobertura, primera infancia y calidad.

---

\* Trabajo de Grado.

\*\* Facultad de Ciencia Humanas. Escuela de Economía. Director: Amado Antonio guerrero, Economista.

**Abstract**

**TITLE:** COMPETITIVENESS AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH SANTANDER - ANTIOQUIA 2012-2017\*

**AUTHOR:** LINA MARCELA PALACIOS FONSECA\*\*

**KEYWORDS:** Social Determinants of Health, Competitiveness, Santander, Antioquia, Dimensions, Departmental Competitiveness Index.

**ABSTRACT:**

This research identifies how the action of the Social Determinants of Health influenced through the adoption of the Ten-year Public Plan on Behalf of Santander and Antioquia departments, on the results of the health pillar by the Index of Departmental Competitiveness during 2012 to 2017. In order to achieve with the objective, there has been chosen as source of information the annual operational investment plan and the reports issued by the private competitiveness Council, afterwards there has been given a relationship among these causes and results, on which it is observed that the department of Santander presents negative results in factors such as early childhood and quality, meanwhile the coverage is the subcategory that has a better result. On the other side, Antioquia stands out for having great improvement in factors such as early childhood and coverage while quality is the subcategory with the least favorable evolution. Lastly, there has been identified three aspects that influenced on the health outcomes on each department, among them, the way the Ten-year Public Health Plan has been adopted, the management of resources on each department, and the prioritized distribution according to each government's objectives during the research period with the focus of investing on each of the following subcategories: Coverage, Early childhood, and Quality.

---

\*Trabajo de Grado.

\*\* Facultad de Ciencia Humanas. Escuela de Economía. Director: Amado Antonio guerrero, Economista.

## Introducción

“La salud es esencial para nuestro bienestar; las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud” (Sen, 2002).

La salud se reconoce como un factor de capital humano, por tanto, las condiciones sociales que influyen en el estado de este factor, se consideran de vital importancia para el desarrollo económico. Bajo este enfoque, la salud es considerado como un pilar dentro de las condiciones básicas para medir la competitividad en Colombia.

La presente investigación aborda el tema de salud y competitividad, a través de los Determinantes Sociales de salud (DSS) y su relación con el pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad (IDC) para Santander y Antioquia, con un análisis comparativo desde el año 2012 hasta el año 2017. A partir de esto se genera la siguiente pregunta ¿De qué manera influyó la acción frente a los DSS a través de la adopción del Plan Decenal de Salud Pública, sobre el pilar de la salud del IDC en Santander y Antioquia para el periodo 2012-2017?

Desde el año 2012, el gobierno de Colombia, ante su compromiso con la Organización Mundial de Salud, adopto el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP 2012-2021 con el fin de ejercer su acción frente a las causas de los problemas de salud, considerados como Determinantes Sociales de Salud. Desde entonces, se espera que a través de los Planes Territoriales de Salud, los departamentos incluyan estos planteamientos de propuesta en pro de mejorar la distribución de recursos en salud y garantizar la acción frente a las condiciones de vida que afectan el desarrollo de las habilidades y capacidades de la población.

Dicho lo anterior, el interés en esta investigación surge, tras conocer los resultados de salud según el IDC para los departamentos ya mencionados en el periodo 2013-2017, ya que, pese a ser una condición básica del indicador, en salud presenta un descenso importante para el departamento de Santander, contrario a la evolución del departamento de Antioquia. Por tanto, el objeto principal de este documento es analizar de qué manera influye la adopción de los Determinantes Sociales de Salud del PDSP por parte de Santander y Antioquia, sobre el pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad.

Tomando como referencia estos planteamientos, se hace necesario conocer cuál será la metodología bajo la cual se desarrollará dicho proyecto, entendiendo que la relación entre los DSS y el pilar de salud del IDC ha sido un tema poco abordado y por lo tanto, esta investigación aporta información nueva acerca de los resultados ante los compromisos asumidos con la OMS en la implementación de acciones sobre los Determinantes Sociales de Salud en Santander y Antioquia. Para desarrollar el enfoque comparativo se tomará como referencia la información consignada en los POAI (Plan Operativo Anual de Inversiones) y los informes del Consejo Privado de Competitividad.

Para el desarrollo de esta investigación, se estableció en primer lugar un análisis de inversión por dimensiones según Plan Decenal de Salud Pública con el objetivo de analizar de manera comparativa los recursos presupuestales que se asignaron por dimensiones para los departamentos en mención, durante el periodo 2012-2017. Seguidamente, se identificó la evolución del pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad para los dos departamentos, y finalmente alrededor de estos resultados, se construyó un análisis comparativo que estableció la diferencia en las acciones de un departamento frente al otro y su influencia en los resultados de avance o atraso del pilar de salud del IDC.

## **1. Objetivos**

### **1.1. Objetivo General**

Analizar de qué manera influye la adopción de los Determinantes Sociales de Salud del PDSP por parte de Santander y Antioquia, sobre el pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad.

### **1.2 Objetivos Específicos**

Analizar de manera comparativa la inversión por dimensiones en Santander y Antioquia frente a los DSS según el Plan Decenal de Salud Pública en 2012-2017.

Analizar de manera comparativa la evolución del pilar de salud en el Índice Departamental de Competitividad en Santander y Antioquia entre el periodo 2013-2017

Identificar acciones frente a los Determinantes Sociales de Salud según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, que influyeron en las condiciones de avance o atraso del pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad de Santander frente a Antioquia para el año 2012-2017.

### **1.3 Marco Teórico**

El capital humano ha sido un tema relevante para las teorías económicas desde sus inicios. En el siglo XVIII, Adam Smith fue el primero en incluirlo como parte del capital, al considerar las

capacidades de los habitantes de una nación y afirmar que el crecimiento económico es resultado de una estructura social sólida. En su libro, *La Riqueza de las Naciones* (1776), Smith reconoce la importancia de la formación y el capital para lograr mejores resultados en el trabajo y la productividad. Desde entonces, diferentes teorías han confirmado la relación existente entre desarrollo y productividad; autores como Alfred Marshall (1890), Theodore Shultz (1960), y Arthur Lewis (1980), destacan factores del capital humano tales como las habilidades, los conocimientos, las condiciones físicas, mentales y morales que influyen de manera directa en el rendimiento de los trabajadores. Sus consideraciones contemplan el aumento de la productividad a través de un aumento de las capacidades individuales, lo que se traduciría en una mejora en las condiciones de vida de los trabajadores.

Theodore Schultz (1959) fue quien realizó -en forma específica-, los primeros estudios sobre el desarrollo teórico del capital humano. Calderon & Castaño (2005) aseguran que para la explicación de ciertos fenómenos macroeconómicos como el crecimiento del ingreso nacional, es necesario incluir además de capital y el trabajo, un factor que considere el conjunto de habilidades y capacidades de los trabajadores. Por lo anterior, Theodore Schultz (1985) reconoció en su libro *Invirtiendo en la gente*, la importancia del incremento del capital humano, a través de la experiencia laboral y doméstica, la adquisición de información y de habilidades, etc., mediante la escolarización y otras formas de inversión en salud, todo lo cual daría como resultado un incremento en la productividad de los obreros y por lo tanto en las perspectivas económicas\*. Por consiguiente, el autor considera la salud de la población como un stock de capital, llamado capital sanitario, y contempla su contribución como servicios sanitarios, tales como tiempo en salud o libre de enfermedad que contribuye al trabajo, el consumo y a las

---

\* Los impactos indirectos se traducirían en mejoramiento de la calidad de vida de la población y la atención de los niños.

actividades de tiempo de ocio. También se observa, que el aumento del capital sanitario, al igual que otras formas de capital humano, tienden a, y por tanto aumentar las perspectivas económicas (Calderon & Castaño, 2005, págs. 405-406)

De la misma forma, Amartya Sen (2000) indica que el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo. En su obra, *Desarrollo y Libertad*, el autor concibe el desarrollo a partir de las libertades humanas, libertades que se expanden a través del crecimiento del PIB, la renta, la industrialización y los avances tecnológicos. Así mismo, éstas pueden ser afectadas por factores como la pobreza, la tiranía, los escasos de oportunidades económicas y sociales. Las libertades instrumentales\* fomentan el desarrollo y contribuyen al crecimiento económico, entre ellas destaca el lugar de las oportunidades sociales a través de servicios de sanidad y sistemas de educación que influyen en el bienestar del individuo.

De la misma forma, el autor señala que “la salud es esencial para nuestro bienestar y que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud” (Sen, 2002). Las condiciones sociales de una población, no solo pueden limitar las capacidades de los trabajadores, sino que también pueden impedir el crecimiento económico, disminuyendo la productividad y la calidad de vida. Por lo anterior, la salud no debe entenderse como un componente aislado del capital humano, y sobre la salud; se deben tener en cuenta aspectos sociales que influyen de manera directa sobre ella como: la pobreza, la falta de atención sanitaria y agua potable, una alimentación sana, la mortalidad prematura, las condiciones de trabajo, entre otras, que son resultado de las desigualdades y la asignación de recursos en la sociedad.

---

\* Las libertades instrumentales establecidas por el autor son: libertades políticas, servicios económicos, oportunidades sociales, garantías de transparencia y seguridad protectora.

Siguiendo la línea teórica de Sen, Angus Deaton apunta a la correlación existente entre salud e ingresos de las personas. En su libro *El Gran Escape* (2015), el autor sugiere que el nivel de ingreso es la causa principal de mortalidad en países pobres, ya que, contrario a las personas con un alto nivel de ingresos, no cuentan con una alimentación sana, no tienen las mismas posibilidades de acceder a un servicio de salud de calidad y servicios de agua potable. También se destacan los adelantos en educación como una de las causas que ha mejorado la salud en países pobres, teniendo en cuenta que los hijos de madres más educadas sobreviven mejor y posteriormente tienen mejores resultados; por otra parte, las mujeres educadas tienen menos hijos lo cual disminuye los asentamientos de pobreza y los riesgos de salud asociados al embarazo y al parto en mujeres en condiciones de vulnerabilidad. (Deaton, 2015, págs. 125-147)

Bajo esta línea de trabajo, diferentes organizaciones mundiales han propuesto medidas para enfrentar diferentes problemáticas sociales que afectan el desarrollo económico, la calidad de vida y el progreso. Un ejemplo de estas medidas nace desde el Programa de Naciones Unidas\* (PNUD) que, con base en las ideas de Amartya Sen, creó el índice de desarrollo humano\*\* (IDH). Este indicador busca medir el progreso de países en todo el mundo a través de tres dimensiones del desarrollo humano: vida larga y saludable, acceso a educación y PIB per cápita. “El Índice de Desarrollo Humano (IDH) se creó para hacer hincapié en que la ampliación de las oportunidades de las personas debería ser el criterio más importante para evaluar los resultados en materia de desarrollo” (PNUD, 2018).

---

\* PNUD. Está presente en unos 170 países y territorios, busca erradicar la pobreza, reducir las desigualdades, la exclusión y avances en temas de desarrollo.

\*\* IDH. Es un indicador de desarrollo humano por país que se calcula desde el año 1990, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y de acuerdo al trabajo de Mahbub ul Haq.

En el año 2000, la Organización de Naciones Unidas\* (ONU) convocó a la cumbre del milenio, donde los dirigentes del mundo establecieron ocho objetivos y sus respectivas metas, llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales se alcanzarían en el año 2015. Sus políticas se enfocaron en la erradicación de la pobreza en todo el mundo y en fortalecer los procesos de apropiación nacional (UNESCO, 2017). Al culminar esta agenda, en el año 2015, y con base en los logros obtenidos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se establecen diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con un plazo de cumplimiento al año 2030. El objetivo de los ODS es adoptar medidas para poner fin a la pobreza en todo el mundo, así como proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad (PNUD, 2018).

La salud ocupa un lugar fundamental en los ODM y los ODS donde se plantea «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades». Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud\*\* (OMS) considera que la mayoría de los ODM y los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente (OMS, 2018). Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud toma participación en busca de una programación para cumplir con las agendas propuestas de manera que atienda las causas de la mala salud de la población, como las condiciones de vida dadas por la desigualdad y la inequidad. En el año 2005, la OMS creó la comisión de los Determinantes Sociales de Salud (DSS en adelante), de la cual hizo parte Amartya Sen hasta el año 2008. El objetivo de la

---

\*Organización de las Naciones Unidas. Organización internacional encargada de facilitar la cooperación en asuntos como paz, seguridad, desarrollo económico y social y asuntos humanitarios. Fundada en 1945 en Estados Unidos, después de la segunda guerra mundial, conformada inicialmente por 51 países.

\*\*Organización Mundial de la Salud (OMS). Entra en vigor en 1948, tiene presencia en más de 150 países y su objetivo es construir un futuro mejor y más saludable para las personas de todo el mundo. La OMS trabaja junto con los gobiernos y otros asociados para lograr las personas gocen del grado máximo de salud.

Comisión fue dirigir la atención de gobiernos, sociedad civil y organismos internacionales hacia opciones factibles de generar mejores condiciones sociales para la salud (OMS, 2007).

Si no se actúa sobre los determinantes sociales, los ODM relacionados con la salud no se pueden cumplir y las metas para combatir las enfermedades no transmisibles no pueden alcanzarse, ni pueden ejecutarse eficazmente estrategias de prevención para reducir su ocurrencia y el gasto en salud insostenible en tecnologías para el tratamiento de enfermedades crónicas (CDSS, 2011, pág. 8).

La comisión también tuvo la responsabilidad de recopilar pruebas sobre las inequidades, como una manera de comprender los DSS y su repercusión sobre la equidad en la salud y de formular recomendaciones para la acción (OPS, 2018). La OMS define los DSS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (OPS, 2018). Por lo anterior, se pensó que para lograr el cumplimiento de los ODM y ODS propuestos por la ONU, había que actuar sobre las causas sociales de los problemas de salud. La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud llevó a cabo un análisis en diferentes regiones del mundo sobre las principales causas de los problemas en materia de salud, y como resultado de estos estudios, para América Latina se estableció que la inequidad y la desigualdad siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo. “Las personas que viven en la Región suelen verse afectadas de manera desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana, causadas por los factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnicidad, normas culturales, ingresos, educación, ocupación) las cuales persisten en todo el continente” (OPS, 2018). De este modo, la OMS considera que la identificación de las causas complejas de la mala salud y la inequidad presente en la región, permiten resolver de manera acertada los problemas

más difíciles, apoyando así la transición progresiva hacia la salud universal y el desarrollo en las poblaciones más vulnerables. Según (Gonzales, 2012) los modelos considerados por la comisión sobre los determinantes de salud están fundamentados conceptualmente, por las propuestas hechas por autores como Dahlgren y Whitehead (1991); Diderichsen y Hallqvist (1998), posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead (2001), Mackenbach (1994); Marmot y Wilkinson (1999). El modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) es el primero en considerar aspectos relevantes en los determinantes sociales de salud, al mencionar y explicar cómo las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales dan como resultado las desigualdades sociales en salud; de esta manera los factores de riesgo pasan de lo individual a las comunidades, a nivel de las políticas nacionales de salud. En la *figura.1* se observa el esquema de los autores en mención, los principales determinantes establecidos son: desempleo, agua y sanidad, salud y servicios de cuidado, alojamiento y vivienda, las condiciones de ambiente laborales, la educación y agricultura comida y producción, ya que estos influyen en la estratificación, y conductas personales y por ende en los estilos de vida.



*Figura 1.* Determinantes Sociales de Salud. Adaptada de Informe final de la comisión OMS (2011) [https://www.paho.org/saludenlasamericas2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=310](https://www.paho.org/saludenlasamericas2017/?post_type=post_t_es&p=310) &lang=es.

Después de hacer estudios e incluir otras investigaciones, la comisión de los Determinantes Sociales de Salud estableció un esquema propio\*. Los temas amplios que dan sustento a este marco conceptual son: reducir las inequidades en salud, mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo, lograr metas de salud en general y sobretodo lograr una serie de prioridades sociales que se beneficien con la reducción de las inequidades de salud (CDSS, 2011).

\* Expuesto en el documento de trabajo de la conferencia Mundial Sobre los DSS en Rio de Janeiro para el año 2011.

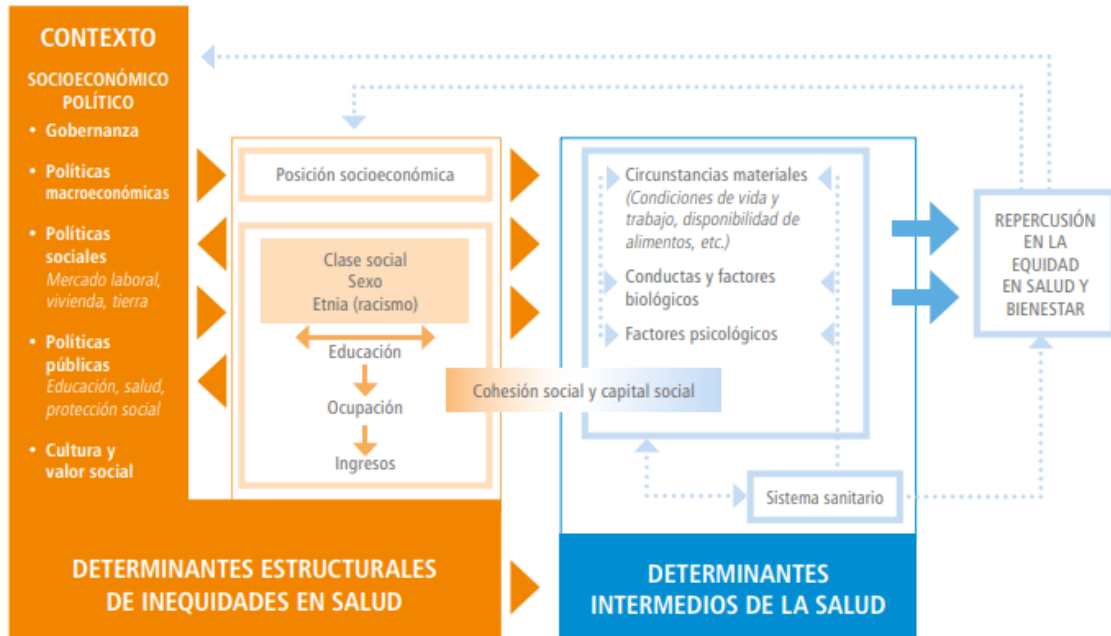


Figura 2. Marco conceptual sobre los Determinantes Sociales de Salud. Tomada de:

Documento de trabajo de la conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

(2011) [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_15-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-sp.pdf)

Según la Organización Panamericana de Salud (2012), Los Determinantes Sociales de Salud establecidos, incluyen componentes básicos como el contexto socioeconómico y político que “abarca el conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente” (pag.15). Por su parte, los determinantes estructurales, son aquellos que “generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente” (pag.16), también se consideran factores que abordan a la sociedad en su conjunto y operan a través de los determinantes intermediarios, que se entienden como circunstancias o condiciones de vida individuales. Estos determinantes intermedios “se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto

a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud” (pag.22). Sin embargo, se consideran en relación con los determinantes principales, la situación económica, las redes de apoyo social, el empleo y condiciones de trabajo, el entorno psicosocial y demográfico, los estilos de vida, el género y la exclusión social.

Por lo anterior, la OMS considera que, económicamente, una población sana estimula la recuperación y el crecimiento; teniendo en cuenta que las personas más sanas pueden aumentar sus ahorros domésticos, son más productivas en el trabajo, pueden adaptarse más fácilmente a los cambios laborales y pueden continuar trabajando durante un periodo de tiempo más prolongado. Así mismo, el trabajo y las oportunidades de empleo estable mejoran la salud de todas las personas en diferentes grupos sociales (CDSS, 2011).

#### **1.4 Formulación Del Problema**

Después de la conferencia mundial de los Determinantes Sociales de Salud (DSS) en Rio de Janeiro el año 2011, la Organización Mundial de la Salud tuvo consenso político, para comprometer a los Estados de todo el mundo para que tomaran acciones concretas sobre los Determinante Sociales de la Salud. En América Latina se identificó la desigualdad como el obstáculo principal para mejorar el buen estado de salud de la población, por ende, la equidad y la distribución justa de la salud, pasó a ser el objetivo principal entre los países de la región. Sin embargo, los DSS de cada país tienen una caracterización particular, dependiendo de la cultura y el sistema socioeconómico de cada uno.

Colombia quiso hacer frente a esta problemática a través del Plan Decenal de Salud (2012-2021), que adoptó el enfoque de los DSS y fue creado para mitigar las brechas de desigualdad

social y regional. Luego, se esperaba que los Planes Territoriales de Salud los incorporaran en el planteamiento de propuestas en salud pública completas e integrales, y estas últimas faciliten el logro de las metas establecidas; pues a nivel regional, los planes territoriales de salud se encargan de adoptar las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, y en este sentido uno de los puntos de apoyo de esta investigación gira en torno a la necesidad de analizar de qué manera se adoptaron estas dimensiones, los recursos económicos o presupuestales que se les asignaron y la influencia que tuvieron las medidas adoptadas en los indicadores demográficos regionales.

Es de anotar que la teoría económica señala que existe una correlación directa entre el aumento de capital humano y el crecimiento económico. En este sentido se supone que las acciones para mejorar la salud, coadyuvan a incrementar la productividad y por lo tanto desencadena un efecto socioeconómico positivo que impacta finalmente en la competitividad y el crecimiento económico del Departamento.

En Colombia, el Índice Departamental de Competitividad (IDC) es una medición que se hace a nivel nacional y tiene como objetivo identificar diferentes aspectos que inciden sobre el nivel de competitividad de los Departamentos en Colombia. Entre los factores principales se encuentran las condiciones básicas, la eficiencia y la sofisticación e innovación. El pilar de Salud, hace parte de las seis condiciones básicas, como uno de los requisitos necesarios para alcanzar altos niveles de competitividad a largo plazo a nivel departamental.

En el año 2013, Santander ocupaba el segundo puesto a nivel nacional en el pilar de salud, pero para el año 2017 el Departamento descendió 3 puestos ubicándose actualmente quinto lugar. Según lo anterior, la evolución negativa en los últimos cuatro años para el departamento, no refleja las acciones que se han tomado en el sector de salud a partir del Plan Decenal de Salud Pública establecido a nivel nacional en el año 2012, a diferencia de otras regiones como

Antioquia que mejoraron significativamente el comportamiento de este pilar, pues en 2013, este Departamento se ubicaba en el puesto número 5 y para el año 2017 se ubica en el puesto número 3.

La pregunta a resolver en esta investigación, entonces es la siguiente: ¿De qué manera influyó la acción frente a los DSS a través de la adopción del Plan Decenal de Salud Pública, sobre el pilar de la salud del Índice Departamental de Competitividad en Santander y Antioquia para el periodo 2012-2017? bajo la consideración de que el estado de los Determinantes Sociales de Salud, como factor de capital humano, influye en los resultados del pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad.

De lo que se trata entonces, es realizar un análisis comparativo entre estos dos Departamentos (Antioquia y Santander) e identificar: ¿Cuáles son las diferencias en relación a los DSS que afectan el pilar de salud del IDC de Santander frente a Antioquia para el año 2013-2017?

### **1.5 Antecedentes**

Para hacer un análisis desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud es necesario conocer sus antecedentes generales y la forma como algunos países de América Latina (Chile y Uruguay) han hecho frente al problema de desigualdad y han adoptado medidas para el cumplimiento de los propósitos establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, es importante conocer los lineamientos principales de las medidas tomadas por el gobierno colombiano, y las ideas generales de dos investigaciones hechas a nivel local relacionadas con las implicaciones de los DSS en materia de desigualdades e inequidades en salud para la población rural y el impacto de los DSS en el rendimiento académico. Finalmente,

se harán algunas anotaciones sobre las correlaciones existentes entre la salud y el capital humano dará atención a la relación entre la importancia de la salud y el capital humano de acuerdo con investigaciones realizadas.

Uno de los precedentes más significativos del tema que nos interesa es lo sucedido en el año de 2005. Por iniciativa del director de la Organización Mundial de Salud (OMS), se creó la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud (CDSS), dada la necesidad de hacer frente a las inequidades existentes en todo el mundo. El objetivo de la comisión fue estudiar las inequidades y hacer sugerencias efectivas para abordar esta problemática. Para el efecto, la comisión estuvo trabajando 4 años en la construcción de evidencia científica sobre el estudio de las inequidades en salud, en diferentes regiones del mundo, así como en la identificación de las “causas de las causas” de estas inequidades, y el reconocimiento de los servicios de salud como el determinante social más importante a tener en cuenta. Cuando se publicaron los resultados del estudio (2008), se conoció que una de las conclusiones más relevantes era que la Comisión había establecido “que los determinantes sociales de la salud eran los que estaban en la base de las inequidades en salud” (Villar, 2015, pág. 1).

Luego, en la conferencia mundial de los DSS en Rio de Janeiro (2011), se aprobó la declaración política sobre los DSS. Así la OMS obtuvo consenso político y logró comprometer a los Estados para que hicieran frente a este problema. Para el efecto, se establecieron cinco áreas centrales para la toma de decisiones: gobernanza, trabajo intersectorial, apoyo internacional, medición y monitoreo y por último participación social.

Los estados miembros de la región de las Américas, están altamente comprometidos a eliminar las inequidades en salud, como se refleja en el Plan Estratégico de la

Organización Panamericana de la Salud (OPS)\* 2014-2019. El Plan propone la Salud en Todas las Políticas (STP) como una de las estrategias para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud y promover el bienestar sostenible de la población (Fortune, 2015, pág. 10).

En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública incorporó el tema de las inequidades en el Sistema de Información Integrada del Área Social (SIIAS) para obtener información sobre datos de programas sociales, su enfoque y resultados, con el objetivo de desarrollar un plan estratégico de políticas sociales. Según Ruocco, (Mendez, & Toledo, 2015) en el año 2012 se construyó un Sistema de Vigilancia de las Inequidades en Salud (SVES) para conocer las inequidades en salud y sus determinantes sociales para el diseño de políticas públicas. Este programa, además de ofrecer un análisis de desigualdades sociales que podían ser evitables, tuvo en cuenta el contexto de producción, la estratificación, las brechas de poder y los recursos, de esta manera mostró las inequidades en salud y sus repercusión e incidencia. (Ruocco, Mendez, & Toledo, 2015, pág. 75). Este sistema se considera un instrumento clave para la toma de decisiones basadas en la evidencia para la construcción de políticas públicas. El Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2015) afirmó:

El Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (SVES) del Uruguay contribuirá a que los actores políticos, académicos y la sociedad civil en su conjunto comprendan cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la población, es decir, como la salud es producida y reproducida en las bases sociales del Uruguay, por lo cual tiene una base y expresión social que se manifiestan en los resultados sanitarios (p.5).

---

\* OPS. Organización Panamericana de Salud. Organización internacional especializada en salud pública de las Américas.

Por su parte, Chile es el país más desigual en la lista de los países pertenecientes a la OCDE. El gobierno de dicho país ha utilizado diferentes estrategias para reducir las inequidades en salud. En 2008 el Ministerio de Salud creó la secretaria técnica de DSS que funcionó hasta 2010 y promovió la iniciativa “13 pasos hacia la equidad de salud en Chile” desde la cual se originaron estrategias de intervención focalizadas en grupos poblacionales específicos (Martorell, Herrera, & Ferrelli, 2015). El objetivo principal era mejorar el nivel y la distribución de la salud de la población mediante el enfoque de los DSS. Para el efecto se abordaron aspectos como empleo, vivienda, ingresos, educación y desarrollo psicosocial. Otra iniciativa importante fue la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, en la que el objetivo principal era reducir la inequidad en salud. En ella se buscaba reducir las inequidades estructurales, las inequidades sociales y de entorno. Entre los logros más significativos, se destaca un alto grado de cobertura y acceso (incluso para grupos vulnerables y sin aseguramiento) acorde con el nivel de salud de la población. (Martorell, Herrera, & Ferrelli, 2015, pág. 59)

En Colombia, los esfuerzos por disminuir la desigualdad se consolidaron a partir del Plan Decenal de Salud Pública implementado en el año 2012-2021, el cual adoptó el enfoque de los DSS. Sus objetivos principales se centraron en alcanzar la equidad en salud, afectar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud, y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida. Así mismo, con la creación del Plan Decenal de Salud, el Estado formuló políticas públicas, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, para cumplir con el objetivo de incluir la salud en todas las políticas.

Los instrumentos implementados por el gobierno colombiano para dar cumplimiento a lo planteado fueron: la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) para incidir

políticamente en el PDSP\*, la cual tiene como misión monitorear las acciones sobre los determinantes sociales de salud a cargo de cada sector de gobierno. (Ospina, Rivillas, Montaña, & Colonia, 2015, pág. 49). También se estableció el Análisis de Situación de Salud (ASIS) como herramienta para fortalecer la toma de decisiones territorialmente, mediante el desarrollo de capacidades de identificación, medición y análisis, priorización de problemas y formulación de políticas, teniendo en cuenta los enfoques de derechos, diferencial, poblacional y los DSS en el territorio.

Otra medida fue la creación Observatorio de Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud – (ODES Colombia), encargado de gestionar datos, análisis y evidencia sobre las desigualdades en salud en Colombia, que permita comprender la problemática y brindar recomendaciones para orientar la toma de decisiones bajo una agenda de política pública (Ospina, Rivillas, Montaña, & Colonia, 2015, pág. 50). Finalmente, implementó la Estrategia Pase a la Equidad que busca orientar a las entidades territoriales sobre procedimientos, pasos y actividades en salud para el desarrollo de capacidades a nivel local (Ospina, Rivillas, Montaña, & Colonia, 2015, pág. 51).

Siguiendo esta línea temática, para el departamento de Santander, se encuentran informes por parte de la Secretaría de Salud sobre el análisis de la situación de salud con el modelo de los DSS en todos los municipios, hasta el año 2014. Así mismo, se expone en la Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander, un análisis sobre la situación de salud en el departamento. En ella se revela un análisis de los determinantes intermedios de salud como: condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, condiciones de trabajo, condiciones por factores psicológicos y culturales y sistema sanitario. También se expone en la publicación, un análisis sobre los determinantes estructurales de las inequidades en salud tales como: cobertura de acueducto,

---

\* Plan Decenal de Salud Pública.

ocupación, porcentaje de población en edad de trabajar, tasa de desempleo y empleo informal (Observatorio de Salud Pública de Santander, 2014).

Entre otras investigaciones, se encuentra un estudio cuantitativo- descriptivo realizado por Doris Parada (2017) en Cúcuta- Norte de Santander, el cual tuvo como objetivo identificar el impacto de los determinantes sociales en el rendimiento académico en un grupo de estudiantes. El periodo de estudio fue del 2013 al 2014, se utilizaron los DSS (determinantes intermedios y determinantes estructurales) y el rendimiento académico de los estudiantes. De los resultados obtenidos, se destaca el estado nutricional como el DSS más influyente en el rendimiento académico, pues se evidencia una tendencia de crecimiento descendente en estudiantes con repitencia escolar, entre otros relacionados con el entorno familiar y social. En este estudio, se llegó a la conclusión de que es importante promover acciones interdisciplinarias para el seguimiento, diseño y evaluación de programas ofertados a los niños de diferentes entornos. También se evidencia la falta de políticas públicas en la población con mayor desigualdad del municipio (Parada, 2017, págs. 42-52).

Otro estudio fue el realizado por Pineda (2012), quien integró el análisis desde la perspectiva de los DSS y sus implicaciones en materia de desigualdades e inequidades en salud para la población rural en Colombia. La metodología utilizada tuvo como base el Informe de Desarrollo Humano 2011 y los indicadores de salud planteados por Starfield obtenidos por medio de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2010 y en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. En sus conclusiones, el autor menciona un círculo vicioso para el país, en el cual: la injusticia social, contextos de violencia, baja capacidad estatal, contextos políticos y económicos favorables a intereses particulares, poca infraestructura y bajo

acceso a servicios, se traducen en determinantes de desigualdad y de inequidades en salud entre lo urbano y lo rural que perpetúan la pobreza en el campo colombiano.

También es importante tener en cuenta la relación entre el nivel de recursos destinados por parte del Estado y su efecto sobre las desigualdades en salud; como se denota en una investigación realizada en comunidades españolas sobre la relación directa entre mayores niveles de recursos y una mayor reducción de las desigualdades en el estado de salud de la población. Rivera (2000) examina la relación entre los recursos dedicados a sanidad, los niveles de salud y su distribución a nivel regional. Para ello, lleva a cabo un análisis descriptivo de los recursos sanitarios y la autovaloración por parte de los individuos de su propia salud en el periodo 1987 – 1993 en regiones agrupadas según su nivel de dotación de recursos de mayor a menor. Así mismo, consideran los niveles de salud percibida, y el índice de Gini como medida de concentración. Entre las conclusiones más relevantes, identifica la relación entre el nivel de salud y recursos sanitarios existente de forma directa y significativa.

## **1.6 Justificación**

La presente investigación busca Analizar de qué manera influye el estado de los DSS sobre el pilar de la salud del índice de competitividad en los departamentos de Santander y Antioquia. Específicamente, se quiere observar la evolución de los DSS desde el año 2012 hasta el año 2017 y establecer de qué manera se han adoptado las medidas propuestas por el Plan Decenal de Salud en los departamentos de Santander y Antioquia para el mejoramiento de las condiciones de vida y por ende de la salud de la población. La relación entre los DSS y el pilar de salud del IDC ha sido un tema poco abordado, por lo tanto, esta investigación aporta información nueva acerca de

los resultados económicos de los compromisos asumidos con la OMS en la implementación de acciones sobre los Determinantes Sociales de Salud en Santander y por consiguiente del departamento de Antioquia.

El análisis de la acción frente a los DSS y su efecto en la evolución del pilar de salud de IDC se considera importante, teniendo en cuenta que este es un pilar básico de competitividad y Santander no ha tenido mejoras considerables desde el año 2013 a diferencia del departamento de Antioquia, siendo así, el posicionamiento del departamento a nivel nacional se puede ver afectado en el largo plazo de no tomar medidas al respecto.

La salud de la población cobra importancia en el momento en que se considera un factor de capital humano y por ende se concibe como un factor que incide en el crecimiento económico. Mejorar las condiciones sociales en los que vive la población puede intervenir en el rendimiento laboral, el desarrollo de capacidades individuales y por consiguiente, el aumento de la productividad y la competitividad. Por lo anterior, se considera necesario establecer cuáles son los principales problemas del departamento en relación a las condiciones de vida y mejoramiento de capital humano que han afectado los resultados del salud del IDC, para esto, se realiza una comparación directa de los DSS con el departamento de Antioquia, dado que este es el departamento que está por encima de Santander en el índice Departamental de Competitividad, siendo su competencia directa. Así mismo, cabe mencionar que Santander y Antioquia hacen parte de los departamentos en etapa de desarrollo 4, según la clasificación del IDC, en donde se encuentran los departamentos más desarrollados del país, sin embargo, en el subpilar de salud específicamente, el cual hace parte de las condiciones básicas para medir competitividad, Antioquia cuenta con mejoras importantes en el periodo de estudio a diferencia de Santander, que presenta una evolución negativa.

Por otra parte, es necesario conocer las medidas tomadas por parte de entidades gubernamentales para el mejoramiento de los DSS a través de la inversión en programas y proyectos relacionados con las dimensiones de salud propuestas por el PDSP en el periodo de estudio, para analizar las diferencias entre las medidas tomadas por parte de Santander y por parte de Antioquia frente a los compromisos asumidos con la OMS en la implementación de acciones sobre los Determinantes Sociales de Salud. De esta manera, se busca evidenciar las falencias del departamento de Santander frente a los resultados de salud en comparación con Antioquia y tener claridad sobre lo que se debe mejorar.

El periodo de estudio de esta investigación se aborda desde el 2012 -2017 considerando que, para dar cumplimiento al compromiso con la OMS, el Plan Decenal de Salud Pública en Colombia se expone por el gobierno en el año 2012 y abarca el periodo 2012-2021. Por otra parte, el IDC cambia de metodología en el año 2012, iniciando el 2013 con una reforma en componentes y pilares donde el pilar de salud se considera como un componente básico en el indicador. Por consiguiente, esta investigación aborda el periodo 2012-2017 para observar la evolución del estado de los DSS después de la circulación del PDSP y su efecto en el IDC.

## **1.7 Metodología**

La presente investigación cuenta con un tipo de estudio comparativo entre dos departamentos, debido a que el estudio va más allá de la descripción de conceptos; es decir, está dirigido a responder por las causas de los eventos por los cuales un departamento se destaca más que el otro, enfocándose en explicar la acción responsable de esta evolución y cuál es la relación con los indicadores departamentales. De esta manera, se intenta analizar de qué manera influye la

adopción de los Determinantes Sociales de Salud del PDSP, sobre el pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad en Santander y Antioquia. Por otro lado, el tipo de diseño en el que se basa este estudio es cuantitativo, no experimental, utilizando la estadística descriptiva.

Para la presente investigación se utilizaron los informes anuales del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) Santander y Antioquia desde el año 2012 hasta el año 2017 como base de datos. Estos documentos están proporcionados por la gobernación de Santander y la Gobernación de Antioquia respectivamente, creados con el fin de evidenciar la planificación de la inversión que permite determinar el conjunto de planes y programas, que de manera prioritaria, se incluyen en el presupuesto anual del departamento. Por lo tanto, estos planes, constituyen una de las principales fuentes de información sobre inversión por sector en cada periodo gubernamental.

En este sentido, los informes del POAI han permitido establecer una relación directa con las dimensiones del Plan Departamental de Salud Pública (PDSP), puesto que este se crea con el fin de ratificar el compromiso del estado colombiano ante la ONU, de mitigar brechas de desigualdad social. Con la creación del PDSP se busca que los territorios a lo largo y ancho del país acojan e implementen propuestas estratégicas que garanticen la intervención de los Determinantes Sociales de Salud.

Por lo anterior, El PDSD establece diez dimensiones que se dividen en ocho prioritarias y dos transversales: Salud ambiental, Vida saludable y condiciones no transmisibles, Convivencia social y salud mental, Seguridad alimentaria y nutricional, Sexualidad y derechos sexuales reproductivos, Vida saludable y enfermedades transmisibles, Salud pública en emergencia y desastres, Salud y ámbito laboral, Dimensión de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. Sin lugar a dudas, este plan abarca la mayor parte de los Determinantes Sociales de Salud que influyen en

las condiciones de vida de la población. Es por esto, que el POAI de cada departamento cuantifica y permite hacer un seguimiento continuo de las acciones dirigidas a cada dimensión.

Para el tratamiento de la información, se construye una base de datos con las cifras obtenidas del POAI de Santander y de Antioquia desde el año 2012 hasta el año 2017, posteriormente, se separa la información de programas y proyectos por dimensiones según el PDSP para cada año. Cabe mencionar que los valores por programa fueron tratados de manera per cápita, dividiendo las inversiones entre la población total de dicho año para cada departamento.

Seguidamente, se construye una segunda base de datos con los subpilares: primera infancia, cobertura y calidad del pilar de salud del IDC para Santander y Antioquia, desde el año 2013 hasta el año 2017. Esta base de datos permite visualizar la evolución en puntaje y posición de los resultados anuales en salud que se tienen en cuenta para medir la competitividad de cada departamento a nivel nacional.

El análisis de la información, se realizará de manera comparativa a través de estadística descriptiva, destacando los resultados obtenidos por la evolución de los datos en el periodo de estudio, según las dos bases construidas, mencionadas anteriormente. Esto será definitivo para identificar acciones que influyeron en las condiciones de avance o atraso en relación a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública que afectaron el pilar de salud del IDC de Santander frente a Antioquia para el año 2012-2017.

## **2. Análisis de inversión por dimensiones según PDSP Santander – Antioquia 2012-2017.**

Como se mencionó anteriormente, el plan Decenal de Salud Pública (PDSP) es una política impulsada por el gobierno colombiano para dar cumplimiento a la agenda internacional de la OMS ante el compromiso de acción frente a los Determinantes Sociales de Salud. Desde el año 2012 se planteó una agenda nacional, la cual aborda múltiples enfoques en el ámbito de la salud con la intención de acoger en su totalidad lo establecido en el marco de los Determinantes Sociales de Salud, para ello se establecen ocho dimensiones prioritarias que son Salud Ambiental, Convivencia Social y Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Sexualidad y Derechos Sexuales Reproductivos, Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, Salud Pública En Emergencia y Desastres, Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, Salud y Ámbito Laboral. y dos estructurales, que son Dimensión de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud. Según el Ministerio de Salud (2018) El PDSP plantea tres objetivos principales en busca de la reducción de la inequidad y desigualdad en salud, estos son:

1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud
2. Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente
3. Mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable

Por lo anterior, el medio previsto por el gobierno nacional para una correcta ejecución del PDSP, fue la creación de los Planes Territoriales de Salud (PTS). Según el Ministerio de Salud “El Plan Territorial de Salud es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.” (2018) De acuerdo con esto, y con base en el ideal de lo establecido, el PTS busca ser un apartado de los Planes de Desarrollo Departamentales, dedicado

exclusivamente para el sector de salud, garantizando así una armonía entre el PDSP y los programas y proyectos regionales propuestos en cada periodo de gobierno, de acuerdo a las necesidades de salud en cada departamento. A continuación, se procede a hacer un análisis comparativo por dimensiones de los dos departamentos, teniendo en cuenta los Planes Territoriales de cada uno.

### **2.1 Análisis de inversiones prioritarias.**

Según (Ministerio de Salud, 2012) las dimensiones prioritarias se conciben como “elementos ordenadores de abordaje y actuación en salud pública”. Es decir, se consideran herramientas parte de un proceso que permite planear o sustentar de manera técnica el que hacer con la inversión en la salud pública. Estas dimensiones guardan una relación estrecha con los determinantes intermedios que como se mencionó anteriormente, son los factores que se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud.

A continuación, se presenta un análisis de las ocho dimensiones prioritarias establecidas por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) desde el año 2012 hasta el año 2017, para los departamentos de Santander y Antioquia. Para este, se utilizaron los informes del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) de cada departamento, se identifican los programas y su respectiva inversión anual para cada dimensión con el fin de realizar una comparación entre las mismas, para los dos departamentos, e identificar la evolución histórica de las inversiones propuestas por cada periodo de gobierno.

En la tabla 1 y tabla 2, se presenta la inversión total y per cápita de las dimensiones prioritarias para el departamento de Santander y el departamento de Antioquia en el periodo 2012 – 2017 respectivamente. En estas, se diferencian de color verde las inversiones per cápita tenidas en cuenta para la comparación hecha posteriormente.

Tabla 1

*Inversión Dimensiones Prioritarias Santander 2012 - 2017.*

| POAI  | 2012             |          | 2013             |          | 2014             |          |
|---|------------------|----------|------------------|----------|------------------|----------|
| SANTANDER 2012-2017                           | Población        | 20307    | Población        | 20409    | Población        | 20510    |
|   |                  | 75       |                  | 32       |                  | 22       |
| DIMENSIONES PRIORITARIAS                      | INV TOTAL        | PERCA    | INV TOTAL        | PERCA    | INV TOTAL        | PERCA    |
|   |                  | PITA     |                  | PITA     |                  | PITA     |
| Salud ambiental                               | \$ 3.076.470.000 | \$ 1.515 | \$ 788.987.956   | \$ 387   | \$ 386.000.000   | \$ 188   |
| Convivencia social y salud mental             | \$ 716.000.000   | \$ 353   | \$ 2.875.775.000 | \$ 1.409 | \$ 680.000.000   | \$ 332   |
| Seguridad alimentaria y nutricional           | \$ 566.000.000   | \$ 279   | \$ 1.054.000.000 | \$ 516   | \$ 540.000.000   | \$ 263   |
| Sexualidad y derechos sexuales reproductivos  | \$ 976.012.107   | \$ 481   | \$ 1.344.590.000 | \$ 659   | \$ 683.590.000   | \$ 333   |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles   | \$ 3.145.000.000 | \$ 1.549 | \$ 7.764.180.000 | \$ 3.804 | \$ 916.700.000   | \$ 447   |
| Salud pública en emergencia y desastres       | \$ -             | \$ -     | \$ -             | \$ -     | \$ -             | \$ -     |
| Vida saludable y condiciones no transmisibles | \$ 7.678.615.886 | \$ 3.781 | \$ 8.099.730.000 | \$ 3.969 | \$ 5.247.500.000 | \$ 2.558 |
| Salud y ámbito laboral                        | \$ 50.000.000    | \$ 25    | \$ -             | \$ -     | \$ 339.600.000   | \$ 166   |
| POAI  | 2015             |          | 2016             |          | 2017             |          |
| SANTANDER 2012-2017                           | Población        | 206107   | Población        | 207101   | Población        | 208093   |
|   |                  | 9        |                  | 6        |                  | 8        |
| DIMENSIONES PRIORITARIAS                      | INV TOTAL        | PERCAP   | INV TOTAL        | PERCAP   | INV TOTAL        | PERCAP   |
|   |                  | ITA      |                  | ITA      |                  | ITA      |
| Salud ambiental                               | \$ 418.000.000   | \$ 203   | \$ 468.304.110   | \$ 226   | \$ 297.000.000   | \$ 143   |
| Convivencia social y salud mental             | \$ 1.231.000.000 | \$ 597   | \$ 495.000.000   | \$ 239   | \$ 50.000.000    | \$ 24    |

|   |                  |          |                  |        |                  |        |
|---|------------------|----------|------------------|--------|------------------|--------|
| Seguridad alimentaria y nutricional           | \$ 14.000.000    | \$ 7     | \$ 518.000.000   | \$ 250 | \$ 0             | \$ 0   |
| Sexualidad y derechos sexuales reproductivos  | \$ 423.580.000   | \$ 206   | \$ 495.300.000   | \$ 239 | \$ 699.500.000   | \$ 336 |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles   | \$ 341.337.000   | \$ 166   | \$ 2.022.062.722 | \$ 976 | \$ 1.572.945.800 | \$ 770 |
| Salud pública en emergencia y desastres       | \$ -             | \$ -     | \$ 973.248.000   | \$ 470 | \$ -             | \$ 0   |
| Vida saludable y condiciones no transmisibles | \$ 3.838.820.000 | \$ 1.863 | \$ 101.119.800   | \$ 49  | \$ 1.122.700.000 | \$ 540 |
| Salud en ámbito laboral                       | \$ 826.000.000   | \$ 401   | \$ 228.970.000   | \$ 111 | \$ -             | \$ -   |

Tabla 2

*Inversión Dimensiones Prioritarias Antioquia 2012-2017.*

| POAI   | 2015              | 2016            | 2017              |          |                   |          |
|--|-------------------|-----------------|-------------------|----------|-------------------|----------|
| ANTIOQUIA 2012-2017                          |                   |                 |                   |          |                   |          |
| DIMENSIONES PRIORITARIAS                     | Población 64562   | Población 65348 | Población 66131   |          |                   |          |
|  | 99                | 57              | 18                |          |                   |          |
|  | INV TOTAL         | INV TOTAL       | INV TOTAL         |          |                   |          |
|  | PERCA PITA        | PERCA PITA      | PERCA PITA        |          |                   |          |
| Salud ambiental                              | \$ 16.041.442.027 | \$ 2.485        | \$ 16.500.211.000 | \$ 2.525 | \$ 17.749.097.000 | \$ 2.684 |
| Convivencia social y salud mental            | \$ 1.228.677.000  | \$ 190          | \$ 2.762.828.000  | \$ 423   | \$ 2.987.062.000  | \$ 452   |
| Seguridad alimentaria y nutricional          | \$ 829.909.209    | \$ 129          | \$ -              | \$ -     | \$ 432.778.000    | \$ 65    |
| Sexualidad y derechos sexuales reproductivos | \$ 1.312.442.000  | \$ 203          | \$ 941.607.000    | \$ 144   | \$ 940.484.000    | \$ 142   |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles  | \$ 8.676.323.653  | \$ 1.344        | \$ 8.132.544.000  | \$ 1.244 | \$ 8.788.521.000  | \$ 1.329 |
| Salud pública en emergencia y                | \$ 1.519.878.000  | \$ 235          | \$ 1.783.727.000  | \$ 273   | \$ 1.920.025.000  | \$ 290   |

desastres

|   |                   |          |                   |          |                   |          |
|---|-------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|
| Vida saludable y condiciones no transmisibles | \$ 1.116.140.800  | \$ 173   | \$ 1.078.886.000  | \$ 165   | \$ 1.189.251.000  | \$ 180   |
| Salud en ámbito laboral                       | \$ 759.116.600    | \$ 118   | \$ -              | \$ -     | \$ -              | \$ -     |
|   |                   |          |                   |          |                   |          |
|   | 2012              |          | 2013              |          | 2014              |          |
| DIMENSIONES PRIORITARIAS                      | Población         | 62217    | Población         | 62999    | Población         | 637813   |
|   |                   | 42       |                   | 90       |                   | 2        |
|   | INV TOTAL         | PERCA    | INV TOTAL         | PERCA    | INV TOTAL         | PERCAP   |
|   |                   | PITA     |                   | PITA     |                   | ITA      |
| Salud ambiental                               | \$ 337.000.000    | \$ 3.200 | \$ 14.762.610.000 | \$ 2.343 | \$ 14.296.939.000 | \$ 2.242 |
| Convivencia social y salud mental             | \$ 3.085.000.000  | \$ 496   | \$ 2.929.388.000  | \$ 465   | \$ 1.662.929.000  | \$ 261   |
| Seguridad alimentaria y nutricional           | \$ -              | \$ -     | \$ 737.336.000    | \$ 117   | \$ 904.670.000    | \$ 142   |
| Sexualidad y derechos sexuales reproductivos  | \$ 337.000.000    | \$ 54    | \$ 934.462.000    | \$ 148   | \$ 1.409.501.000  | \$ 221   |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles   | \$ 2.053.000.000  | \$ 330   | \$ 56.606.453.390 | \$ 8.985 | \$ 2.949.549.000  | \$ 462   |
| Salud pública en emergencia y desastres       | \$ 20.000.000     | \$ 3     | \$ -              | \$ -     | \$ 30.000.000     | \$ 5     |
| Vida saludable y condiciones no transmisibles | \$ 13.861.527.000 | \$ 2.228 | \$ 2.293.999.000  | \$ 364   | \$ 7.397.956.500  | \$ 1.160 |
| Salud en ámbito laboral                       | \$ 646.000.000    | \$ 104   | \$ 305.819.000    | \$ 49    | \$ 906.464.000    | \$ 142   |

Para identificar la diferencia en los montos de inversión entre una dimensión y otra, se observa en la *Figura 3*, la inversión por Dimensiones Prioritarias en el periodo 2012 -2017 para el departamento de Santander. De manera general, se observa la prelación de inversión entre una dimensión y otra, los montos superiores sobresalen en las dimensiones: Vida Saludable y

Condiciones No Transmisibles, y Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, mientras que dimensiones como Seguridad Alimentaria, y Ámbito Laboral presentan los montos más bajos.

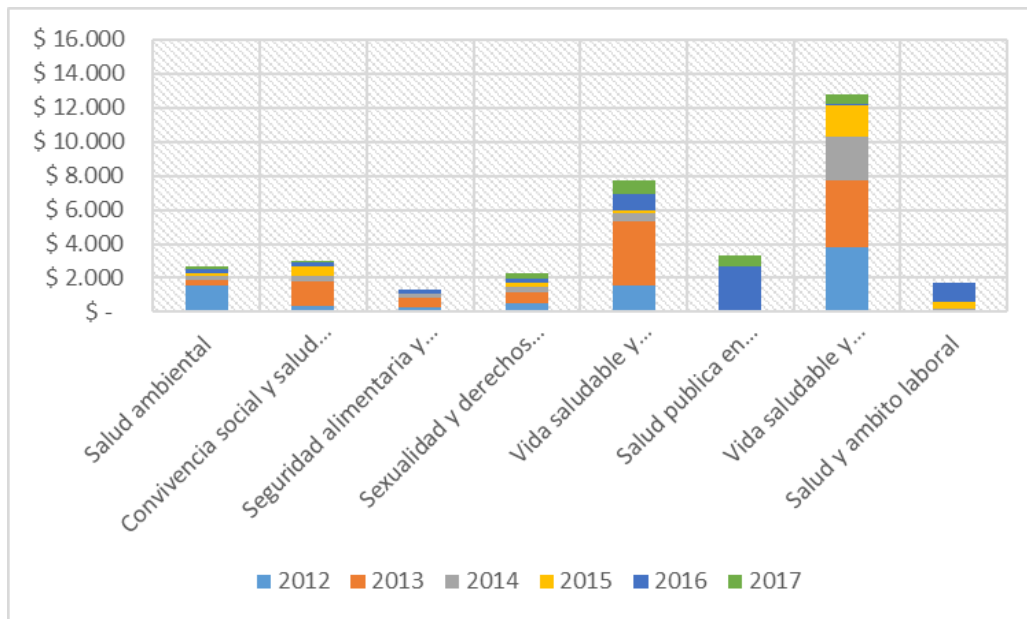


Figura 3. Dimensiones prioritarias Santander 2012-2017.

A continuación, se observa en la *Figura 4*, la inversión por Dimensiones Prioritarias en el periodo 2012 -2017 para el departamento de Antioquia. En esta, se destaca principalmente la inversión en Salud Ambiental durante todos los años, así mismo, las dimensiones Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles y Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, presentan mayor inversión sobre las demás dimensiones. La inversión en Ámbito Laboral, sexualidad y derechos reproductivos y salud pública en emergencia y desastres son las dimensiones con menor inversión.

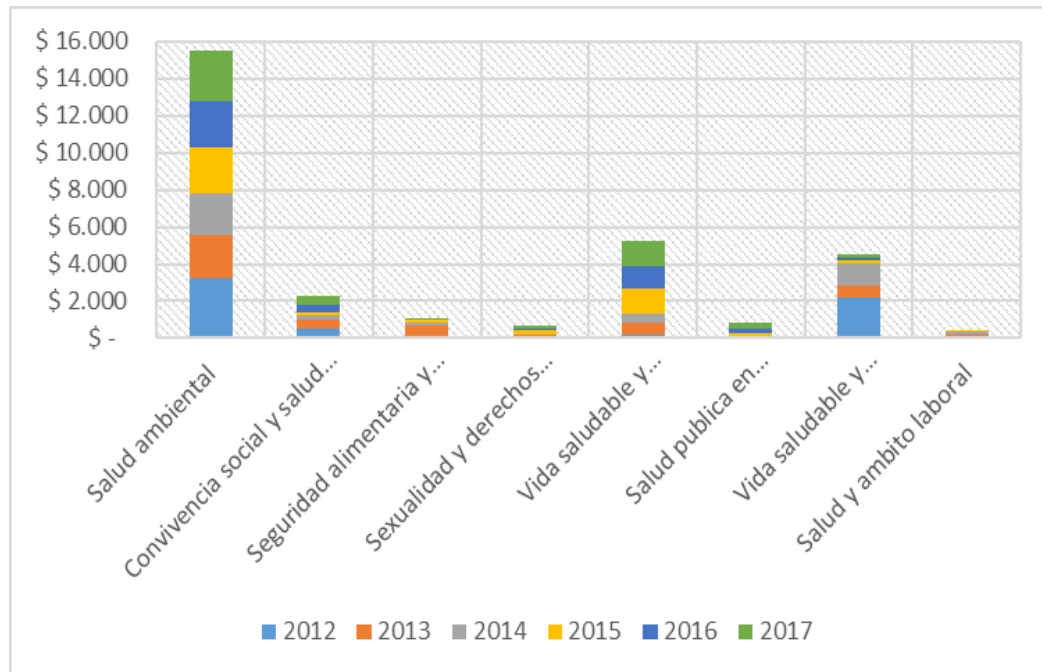


Figura 4. Dimensiones Prioritarias Antioquia 2012-2017.

**2.1.1 Dimensión Salud ambiental 2012-2017 Santander – Antioquia.** La dimensión de Salud Ambiental tiene como finalidad, hacer posible un ambiente sano y saludable que promueva la calidad de vida de la población y la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales. Según el Ministerio de salud (2018), para este componente se tiene en cuenta el modelo FPPEEA\*, enfoque metodológico de las fuerzas motrices o impulsoras, que identifica niveles de causa y efecto para establecer las relaciones entre las condiciones ambientales y la salud (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 5*, se observa la inversión per cápita en la dimensión de salud ambiental del año 2012 -2017 de Santander y Antioquia. En términos generales se identifica, una inversión alta y

\* Modelo de Fuerzas Motrices. Herramienta para entender la complejidad de las relaciones entre salud y medio ambiente, busca identificar los problemas para adoptar soluciones a través de la Fuerza, Presión, Estado, Exposición, Efecto y Acciones.

sostenida sobre los 2.500 pesos per cápita por parte de Antioquia, mientras que Santander presenta una tendencia descendente, por debajo de los 500 pesos per cápita.

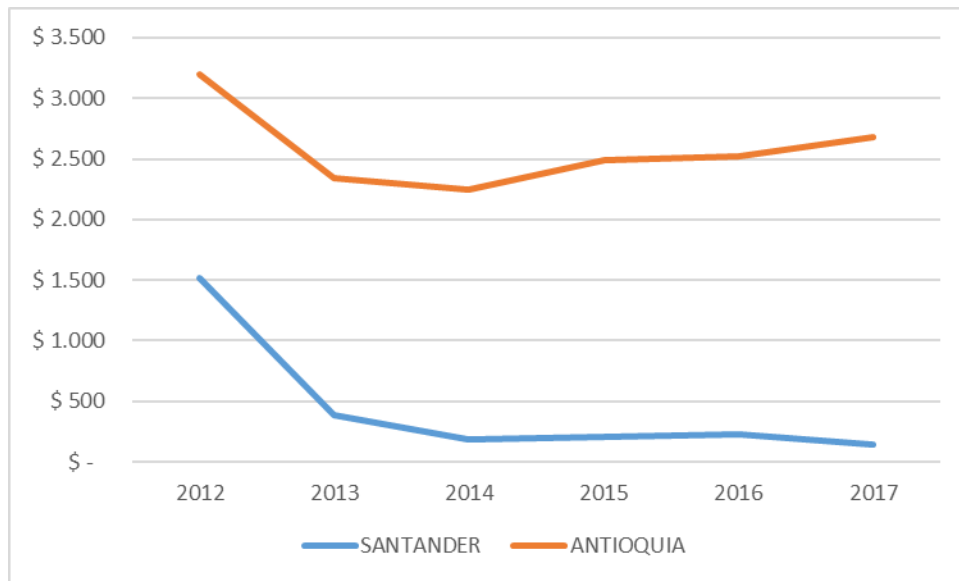


Figura 5. Dimensión salud Ambiental Santander y Antioquia 2012-2017.

Antes de llevar a cabo la conformación de los Planes Territoriales de Salud, los departamentos proceden a hacer un diagnóstico de salud donde se priorizan las problemáticas de cada departamento. Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican tres problemas priorizados en la dimensión de Salud Ambiental para este departamento. Primero, la falta de agua potable en el área rural. Segundo, problemas de contaminación y cambios climáticos que producen enfermedades respiratorias. Y tercero, que algunos municipios del departamento cuentan con altos índices de necesidades básicas insatisfechas y pobreza (15% hacinamiento, 17% sin acceso a fuentes mejoradas, y 13% sin adecuada eliminación de excretas) (Gobernación de Santander, 2016). Cabe mencionar otros problemas incluidos en el diagnóstico como, el manejo de residuos sólidos en 34 municipios que disponen inadecuada producción de basura, y la acelerada deforestación que sufre el departamento (Ministerio de Salud, 2012).

Según los POAI (Gobernación de Santander, 2012-2017), el valor más alto registrado para Santander en el año 2012, se explica principalmente por la inversión realizada en el proyecto, Fortalecimiento de la inspección, Vigilancia y Control de las Competencias en Salud Ambiental en el Departamento de Santander, el cual tuvo programas para aumentar el número de establecimientos que cumplan las condiciones de buenas prácticas sanitarias, y programas para la realización de asistencia técnica en la adopción y adaptación de políticas ambientales. En el lapso de tiempo entre el 2013 y 2017 la inversión en esta dimensión presenta un descenso importante en recursos. Sin embargo, los programas tuvieron continuidad, aunque con una inversión baja, los más destacados estuvieron dirigidos al Desarrollo Agua Potable y Saneamiento Básico, con el fin de mejorar el nivel de riesgo de la calidad del agua para consumo humano hasta que el 8% de los municipios con nivel de Riesgo Alto, y reducir en un 30 % las tasas de enfermedad diarreica aguda - EDA, en los municipios de Vetas, Florián, Puerto Parra, Puerto Wilches, Santa Helena, Sucre y El Playón. Otros programas realizados durante el periodo de estudio fueron, Santander con Entornos Saludables por un Desarrollo Sostenible con el fin de Mantener anualmente en 80 % la cobertura de vacunación antirrábica de perros y gatos en los municipios de categoría 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup>. Y Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control de las Competencias en Salud Ambiental en el Departamento de Santander con el fin mantener la inspección, vigilancia y control del 80% de los establecimientos de interés sanitario de los municipios de categoría 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup>. (Anexo 1)

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia establece como objetivo principal en la dimensión de Salud Ambiental “Desarrollar actividades de prevención, vigilancia, control y mejoramiento de las condiciones ambientales para lograr el mantenimiento de las condiciones básicas de la salud pública” (Gobernación de Antioquia , 2012) según esto, se pretende diseñar

acciones encaminadas a resolver principalmente: Vigilancia de las intoxicaciones por sustancias químicas, Inspección, vigilancia y control de la gestión interna de residuos hospitalarios, Vigilancia de la calidad del agua de consumo humano y uso recreativo, Sanidad Portuaria, Vigilancia sanitaria a la calidad de los medicamentos y afines, Promoción, Prevención, Vigilancia y Control de Zoonosis, y Municipios categoría 4, 5 y 6 con planes de control sanitario.

Según los POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), para el departamento se evidencia un comportamiento constante en la inversión sobre los 2.000 pesos per cápita durante todo el periodo. La dimensión de Salud Ambiental, se destaca como la más significativa en términos de inversión sobre las demás dimensiones. Entre los programas más importantes realizados para ese periodo se encuentra, Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones en sus Componentes de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica, Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios), Prevención, Vigilancia y Control De Infecciones Asociadas a la Atención En Salud y Resistencia Antimicrobiana, en las Instituciones de Salud del Departamento Priorizados, y Salud Ambiental. (Anexo 2) los cuales tuvieron como objetivo, la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano para el departamento de Antioquia, la prevención y control de las intoxicaciones por sustancias químicas-plaguicidas, vigilancia sanitaria de la calidad de los medicamentos y afines y implementación, vigilancia sanitaria y de salud en puntos de entrada y medios de transporte en el departamento de Antioquia.

### **2.1.2 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental 2012-2017 Santander – Antioquia.**

La dimensión Convivencia Social y Salud Mental tiene como finalidad lograr el bien común y el desarrollo humano y social de las comunidades. Según el Ministerio de Salud (2013) esta

dimensión busca contribuir al bienestar y el desarrollo de las relaciones interpersonales y sociales, para lograr la transformación positiva de problemas y trastornos prevalentes en salud mental, así como la intervención sobre las diversas formas de violencia (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 6*, se observa la inversión per cápita en la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del año 2012 -2017 de Santander y Antioquia. En términos generales se identifica un comportamiento de variaciones leves en la tendencia de inversión en Antioquia, mientras que Santander presenta alzas y bajas drásticas durante todo el periodo.

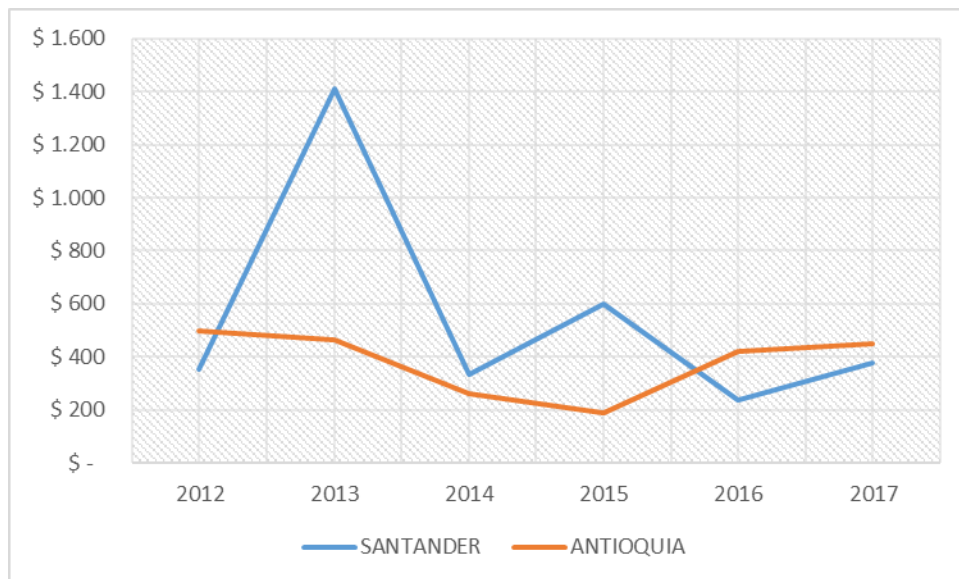


Figura 6. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Santander y Antioquia 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican cuatro problemas priorizados en la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental para el departamento. Estos son, alta incidencia de violencia contra le mujer, consumo de sustancias psicoactivas, incremento de trastornos mentales, e incremento en tendencias suicidas. (Gobernacio de Santander, 2012)

Según los POAI Santander (Gobernación de Santander, 2012-2017), el departamento inicia y finaliza el periodo con una inversión sobre los 300 pesos per cápita. No obstante, para el año

2013 el departamento hace una inversión por encima de los 1.400 pesos per cápita en los proyectos Salud Mental I, Salud Mental II y Salud Mental III que consistieron en garantizar a 20 municipios Atención Primaria en Salud Mental (APS) desde el primer nivel de atención, con enfoque diferencial étnico cultural; sin embargo, este proyecto presenta una evolución descendente hasta finalizar el periodo, es decir, su inversión no mantuvo continuidad en el tiempo. Las alzas y bajas en inversión, se explican también por otros programas como, El Fortalecimiento de la Promoción de Salud Mental y Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), Apoyo a la Comunidad en Acciones de Formación en Temas de Participación Social y Control Social, y Santander Libre De Drogas (Anexo 1).

Por otro parte, el Plan Territorial de Salud Antioquia establece como objetivo principal en la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental “Brindar herramientas para el afrontamiento del estrés y alternativas para el uso del ocio creativo, minimizando los factores de riesgo para el consumo sustancias psicoactivas, conductas violentas, prácticas sexuales de riesgo, deserción escolar, entre otras” (Gobernación de Antioquia , 2012) según esto, se pretende diseñar acciones encaminadas a fortalecer espacios de participación comunitaria, promover la salud mental y prevención de sustancias psicoactivas.

Según los POAI Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), el departamento mantiene un comportamiento sobre los 400 pesos per cápita con una tendencia a la baja en los años 2014 y 2015. El programa que se destaca por su continuidad en el tiempo es Promoción de la salud mental y Convivencia, el cual tuvo como objetivo fortalecer la capacidad de gestión de los actores del SGSSS en las responsabilidades asignadas por ley para el abordaje integral de la salud mental. Así mismo, se destacan otras inversiones realizadas en Intervención Psicosocial a

la Población en Situación de Desplazamiento, y Acciones de promoción de la salud y la calidad de vida (Anexo 2).

### 2.1.3 Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional 2012-2017 Santander – Antioquia.

La dimensión seguridad alimentaria y nutricional, busca garantizar el derecho a la alimentación sana y equitativa en las diferentes etapas del ciclo de la vida, a través de acciones que reduzcan la malnutrición y controlen los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 7*, se observa la inversión per cápita en la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional del año 2012 -2017 de Santander y Antioquia. De manera general, se evidencia un comportamiento inestable por parte de los dos departamentos, las inversiones de Santander presentan un aumento positivo únicamente en el año 2013, para los años posteriores la inversión disminuye y solo se presenta un aumento leve en el año 2016, por su parte, Antioquia mantiene una inversión creciente durante todo el periodo, excepto para el año 2016.

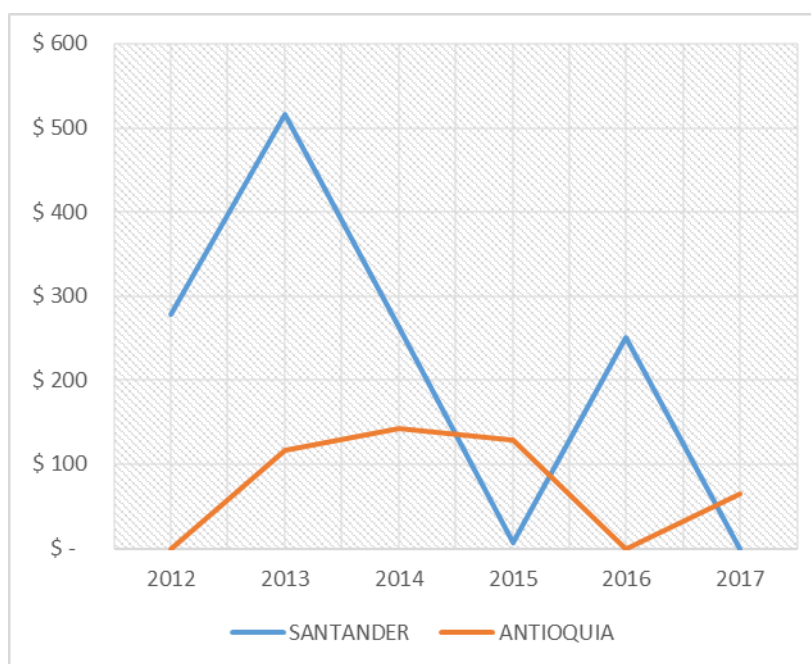


Figura 7. Seguridad Alimentaria y nutricional 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican como problemas priorizados en la dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional, la disminución de la práctica de lactancia materna, el mal estado de las vías secundarias y terciarias para la disponibilidad de alimentos, y la calidad e inocuidad de los alimentos afectados por el uso de sustancias tóxicas (Gobernación de Santander, 2012).

Según los POAI (Gobernación de Santander, 2012-2017), el departamento de Santander presenta una evolución negativa en inversión para la dimensión de Seguridad Alimentaria durante el periodo de estudio. Por una parte, se destaca el año 2013 con inversiones superiores en programas de Nutrición I, Nutrición II, y Fortalecimiento de las Acciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional con el fin de reducir el porcentaje de desnutrición global en niños menores de cinco años, sin embargo, esta inversión disminuye para los años 2014 y 2015. El año 2016 presenta una recuperación de inversión, gracias al programa Santander Unido y Mejor Alimentado con Participación Social y Comunitaria, sin embargo, para el año 2017 los recursos vuelven a disminuir (Anexo 1).

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia establece como objetivo principal en la dimensión Seguridad Alimentaria y Nutrición “Contribuir a la disminución del bajo peso al nacer y la mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años.” (Gobernación de Antioquia, 2012) para esto, se pretende diseñar acciones de fortalecimiento dirigidas al personal de asistencia y actores municipales para la inspección y vigilancia de la detección y atención de la mal nutrición en la población vulnerable.

Según los datos del POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), para el departamento se evidencia una inversión por encima de los 100 pesos perca pita a partir del año 2013, sin embargo, sufre disminución en el año 2016. Esto se explica por una variación anual en el monto destinado a la Vigilancia de Inocuidad y calidad de los alimentos, el cual es el único programa vigente en esta dimensión y perdura durante todo el periodo de estudio (Anexo 2). Cabe mencionar que no se evidencian acciones con el fin de dirigir acciones a los problemas priorizados del PTS.

**2.1.4 Dimensión Sexualidad y derechos sexuales reproductivos 2012-2017 Santander – Antioquia.** La dimensión de salud y derechos sexuales reproductivos, tiene como objetivo promover las condiciones para ejercer el derecho a la sexualidad de manera sana, informada y autónoma, garantizando condiciones que incidan en el correcto desarrollo de las potencialidades reproductivas de las personas, grupos y comunidades (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 8*, se observa la inversión per cápita en la dimensión de salud y derechos sexuales reproductivos del año 2012 -2017 de Santander y Antioquia. Para el departamento de Santander, la inversión en esta dimensión es superior a la inversión de Antioquia durante todo el periodo. Sin embargo, la inversión de Antioquia se eleva a partir del año 2013, con un descenso leve para los dos últimos años.

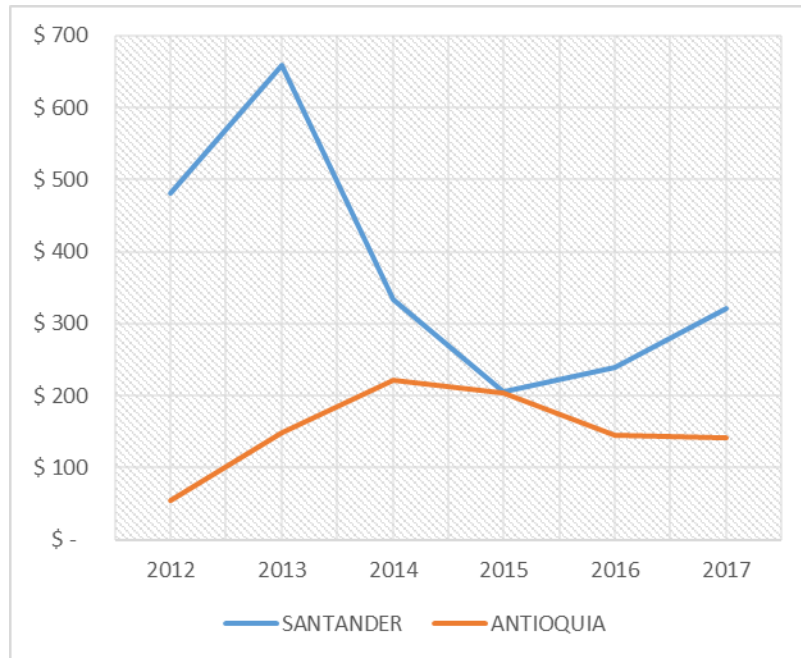


Figura 8. Dimensión Salud y derechos sexuales reproductivos Santander y Antioquia 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican como problemas priorizados en la dimensión Sexualidad y Derechos Reproductivos, la morbilidad materna, el embarazo adolescente, transmisión de VIH, y morbilidad perinatal por trastornos respiratorios. (Gobernación de Santander, 2012)

Según los POAI (Gobernación de Santander, 2012-2017), las inversiones más importantes en el inicio del periodo estuvieron dirigidos al programa Fortalecimiento de las Acciones en Salud Sexual y Reproductiva en el Departamento de Santander, el cual tenía como objetivo, aumentar en 1 punto el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, por ende se evidencian montos significativos en los años 2012 y 2013 llegando a los 659 pesos per cápita, pese a ello, para el año 2015 la inversión en esta dimensión llega a los 239 pesos per cápita, lo que se explica por una disminución en los recursos destinados a los programas vigentes. Para los

dos últimos años la inversión aumenta de manera leve debido a la implementación del programa, El Goce Efectivo de la Salud Sexual y Reproductiva un Derecho Humano, que tuvo como objetivo fortalecer la educación sexual reproductiva para prevenir el embarazo adolescente.

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia establece como objetivo principal en la dimensión Sexualidad y derechos sexuales “Desarrollar procesos que promuevan la salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial y derechos sexuales, priorizando las poblaciones vulnerables.” (Gobernación de Antioquia, 2012) para esto, se priorizan problemáticas según el diagnóstico de salud del departamento como morbilidad materna y perinatal, aborto inseguro, embarazo en adolescentes, violencia sexual, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Según los datos del POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), el departamento mantiene inversiones bajas durante todo el periodo, sin embargo, los recursos aumentaron de manera constante desde el año 2013, por la inversión en programas como, Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos y Equidad de Género, y Fortalecimiento de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para el Departamento De Antioquia.

**2.1.5 Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles 2012-2017 Santander – Antioquia.** La dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, tiene como finalidad promover condiciones de vida saludables en los territorios y garantizar una atención integrada condiciones y eventos transmisibles. (MINSALUD, 2013) La estructura de esta dimensión, se basa en el Modelo de Intervención Transectorial llamado Estrategia de Gestión\* Integral (EGI),

---

\* Estrategia de Gestión. Permite reunir diferentes áreas de competencia, relacionadas directamente con la problemática del dengue. La EGI, que se está implementando en todos los países americanos e introduce una nueva forma de colaboración técnica.

que busca intervenir en las causas de los eventos relacionados con enfermedades transmisibles (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 9*, se observa la inversión per cápita en la Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles del año 2012 -2017 para Santander y Antioquia. Por un lado, se observa un comportamiento descendente con inversiones inconsistentes para Santander durante todo el periodo, del año 2013 hasta el año 2015, sufre la disminución de recursos considerable, mientras que Antioquia tiene variaciones leves de un año a otro, pero su evolución es positiva.

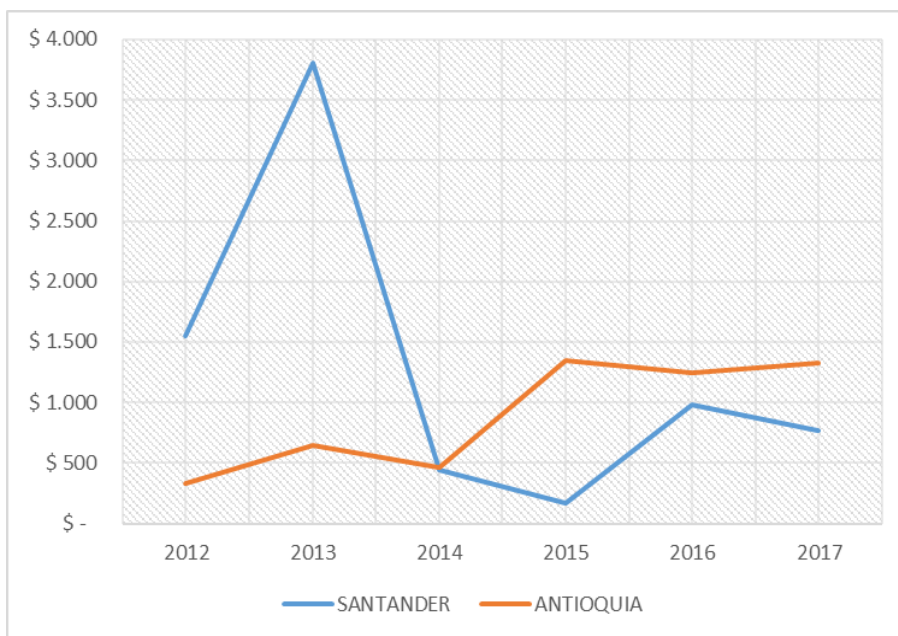


Figura 9. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican como problemas priorizados en la dimensión Seguridad Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, la alta mortalidad por enfermedades transmitidas por vectores en Santander, así como la letalidad por tuberculosis extra pulmonar, y el aumento de enfermedades infecciosas y parasitarias. (Gobernacion de Santander, 2012).

Según los POAI Santander (Gobernación de Santander, 2012-2017), el departamento aumento su inversión en el año 2013 con destino a programas como Fortalecimiento de la Gestión Integrada Para la Vigilancia, Promoción, Prevención y Control de las ETV, Lepra I y II, ETV I, II, III, y IV para controlar las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV). Sin embargo, el comportamiento descendente del año 2013 al año 2015, se explica por una disminución considerable en los recursos para los programas ya existentes. En el año 2016 se observa una recuperación en el monto de inversión, que se explica por los recursos destinados al programa Unidos por una vida Saludable sin Exposición y Vulnerabilidad a Eventos Transmisibles y Prevención de Enfermedades Crónicas o Transmisibles en el Departamento de Santander, creados con el fin de ejercer control inteligente sobre insectos transmisores de Dengue y Zika en 52 municipios del departamento y fortalecer la gestión integrada en enfermedad de Chagas en los municipios que participan en el Plan de interrupción de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* por *Rhodnius prolixus* Domiciliado (Anexo 1).

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia prioriza acciones dirigidas a solucionar problemáticas departamentales como la transmisión de rubeola, sarampión y tétano, así mismo, prioriza el control de enfermedades inmunoprevenibles, y las infecciones respiratorias y tuberculosis. (Gobernación de Antioquia, 2012) para esto, se pretende fortalecer la red de diagnóstico y tratamiento, para mejorar conductas en el control de enfermedades transmitidas por vectores.

Según los datos del POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), el departamento presenta un comportamiento positivo, dado que la curva mantiene un nivel ascendente durante todo el periodo, para el 2012 el monto destinado esta dimensión era de apenas 200 pesos per cápita, al final del periodo esta cifra alcanza niveles por encima de los

1.300 pesos, superando la inversión de Santander desde el año 2014. Cabe mencionar que los proyectos destacados de esta dimensión por parte del departamento giraron en torno a las enfermedades inmunoprevenibles, a través de programas como, Prevención y Promoción de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, (EGI) en todo el Departamento, y Fortalecimiento de la Gestión de las Enfermedades Inmunoprevenibles, Emergentes, Reemergentes y Desatendidas en todo el Departamento Antioquia. (Anexo 2).

**2.1.6 Dimensión Salud pública en emergencia y desastres 2012-2017 Santander – Antioquia.** La dimensión de salud pública en emergencias y desastres, tiene como objetivo promover la gestión de riesgo de desastres con el fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para educar, prevenir, enfrentar y manejar situaciones de urgencia, así como aumentar la capacidad de resiliencia y recuperación de las comunidades (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 10*, se observa la inversión per cápita en la Dimensión de Salud Pública en Emergencias y Desastres para el año 2012 -2017 en Santander y Antioquia. De manera general, se evidencia un presupuesto sumamente bajo para esta dimensión por parte de los dos departamentos, especialmente del departamento de Antioquia. Por su parte, Santander presenta un dato atípico en el año 2016, donde la inversión en esta dimensión supera los 2.500 pesos per cápita.

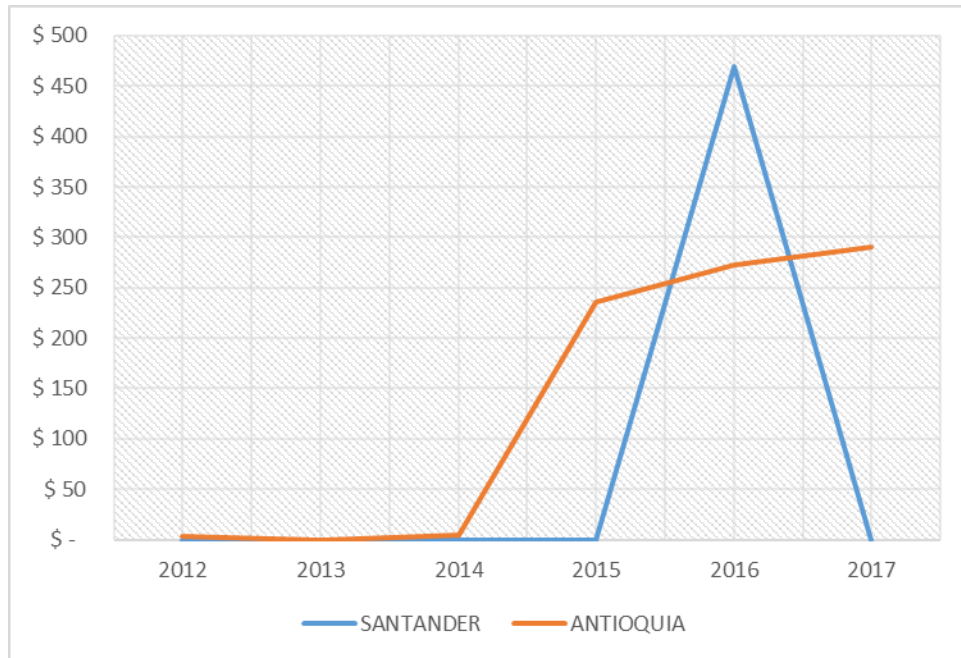


Figura 10. Dimensión de Salud pública en emergencias y desastres Santander y Antioquia 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican como problemas priorizados en la dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres Santander, la alta actividad sísmica del departamento, y los asentamientos en zonas de riesgo. Según los POAI Santander (Gobernación de Santander, 2012-2017), el departamento únicamente invirtió un monto significativo en el año 2016, el cual destinó recursos sobre los 450 pesos per cápita en el desarrollo del proyecto La Gestión del Riesgo una Respuesta Efectiva a las Emergencias y Desastres, para el fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencias, Emergencia y Desastres-CRUE del departamento, así como para el programa Santander Reduce el Riesgo, el cual tuvo como objetivo, gestionar articuladamente con entidades locales, regionales y nacionales la construcción de una (1) unidad de gestión integrada del riesgo para la capacitación de cuerpos de socorro y atención al desastre. (Anexo 1)

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia prioriza acciones dirigidas a proteger personas, colectividades y medio ambiente, para manejar situaciones de urgencia, emergencia y desastre. (Gobernación de Antioquia, 2012) para esto, se pretende desarrollar capacidades básicas en los municipios para la vigilancia y respuesta a emergencias de salud pública. Según los datos del POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), hasta el año 2014, los departamentos mantienen una inversión por debajo de los 5 pesos per cápita, sin embargo, para el año 2015, aumenta su inversión hasta los 200 pesos en el Proyecto Referencia y Contra Referencia Departamento de Antioquia (CRUE); esta suma se mantiene de manera constante hasta el año 2017. (Anexo 2).

**2.1.7 Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles 2012-2017 Santander – Antioquia.** La dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, tiene como objetivo aumentar el bienestar de la población en las diferentes etapas de la vida, promoviendo estilos de vida saludable y el acceso a una atención integrada para el tratamiento de enfermedades no transmisibles, así como las alteraciones en salud bucal, visual y auditiva. Así mismo, busca fortalecer la capacidad de gestión para reducir factores de riesgo modificables (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 11*, se observa la inversión per cápita en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles para el año 2012 -2017 en Santander y Antioquia. De manera general, se evidencia un comportamiento similar descendente en el presupuesto destinado para esta dimensión por parte de los dos departamentos.

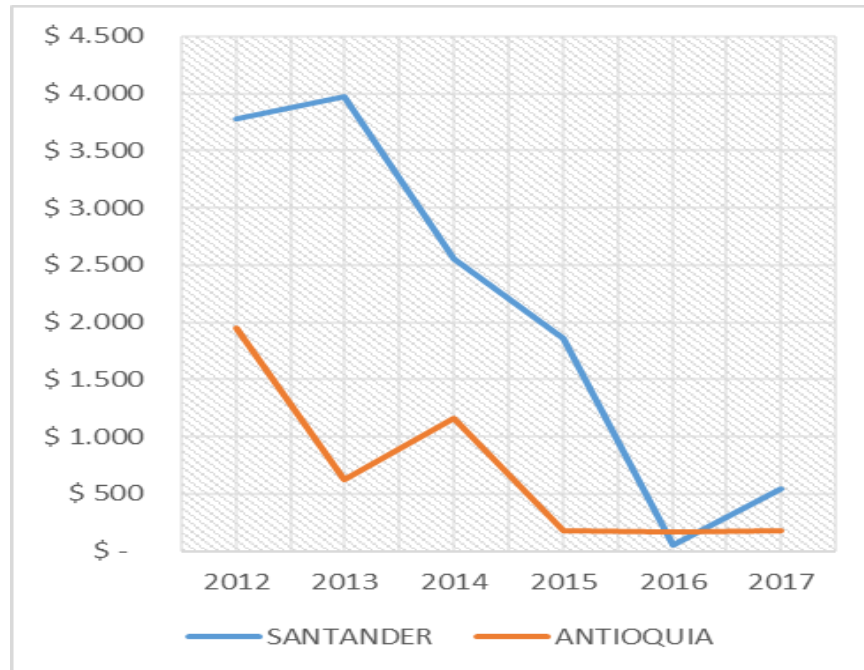


Figura 11. Dimensión de Salud pública en emergencias y desastres Santander y Antioquia 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican como problemas priorizados en la dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, mortalidad por neoplasias, mortalidad por causas externas en hombres, la alta incidencia de leucemia aguda (Gobernación de Santander, 2012). Según los POAI (Gobernación de Santander, 2012-2017), el departamento presenta para el año 2012 el monto más importante, por encima de 3.700 pesos per cápita, que se explica por una inversión realizada en programas como, Fortalecimiento de hábitos y estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento de Santander, desarrollo estrategia Santander te quiero, para atención gratuita en salud a población infantil, joven y adulta, y el Mejoramiento de la salud bucal dentro del marco de la estrategia atención primaria en salud - APS en el departamento, el Fortalecimiento de la gestión en de la regional 4 de la red nacional de

donación y trasplantes, principalmente. Sin embargo, los recursos disminuyen considerablemente para esta dimensión a lo largo del periodo, para el año 2016 este monto alcanzó su nivel más crítico ubicándose por debajo de los 50 pesos per cápita, cabe mencionar que los programas que tuvieron continuidad durante el periodo, aunque con una inversión menor, estuvieron enfocados a salud bucal, donación de trasplantes, y en disminuir las muertes por enfermedades no transmisibles. (Anexo 1)

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia prioriza acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, así como la incidencia y las complicaciones de estas, reducir las alteraciones de salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, e incentivar la actividad física, y el autocuidado. (Gobernación de Antioquia, 2012) Para esto, se pretende promover modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades (Gobernación de Antioquia, 2012-2017).

Según los datos del POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), el departamento inicia el periodo con un monto destinado a esta dimensión, superior a los 2.000 pesos y finaliza con una inversión por debajo de los 200 pesos per cápita. La curva de Antioquia conserva un comportamiento descendente, sin embargo se destaca la inversión más alta realizada para el año 2012, en proyectos para la Promoción de la Salud y Atención Integral para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles Priorizadas en el Departamento de Antioquia, Desarrollo y Gestión de las Tecnologías de Información de Salud, y otros programas como, Condiciones y Estilos de Vida Saludables, Brigadas de salud y Fortalecimiento de la Participación Ciudadana y Comunitaria en Salud 115 Municipios Departamento de Antioquia, cabe mencionar que los programas que tuvieron continuidad se enfocaron en atención integral

para las condiciones crónicas en el departamento y mejoramiento de la salud bucal de la población menor de 18 años escolarizada en los municipios priorizados (Anexo 2).

**2.1.8 Dimensión Salud y ámbito laboral Santander y Antioquia 2012-2017.** La dimensión Salud y ámbito laboral tiene como objetivo, aumentar el bienestar de la población a través de la protección de salud de los trabajadores, así como contribuir en las condiciones que incidan en la salud mental, social y el bienestar físico. Según (MINSALUD, 2013) esta dimensión busca fomentar las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía, por medio de componentes como seguridad y salud en el trabajo y situaciones prevalentes de origen laboral.

En la *Figura 12*, se observa la inversión per cápita en la dimensión Salud y ámbito laboral para el año 2012 -2017 en Santander y Antioquia. En ella se observa un comportamiento inestable para los dos departamentos. Santander aumenta su inversión de manera considerable para los años 2014 y 2015, sin embargo, para los años posteriores sufre un descenso y para el 2017 no se evidencian programas en esta dimensión. Por su parte, Antioquia que mantiene una inversión decreciente muy baja durante todo el periodo, disminuyendo también para los años 2016 y 2017.

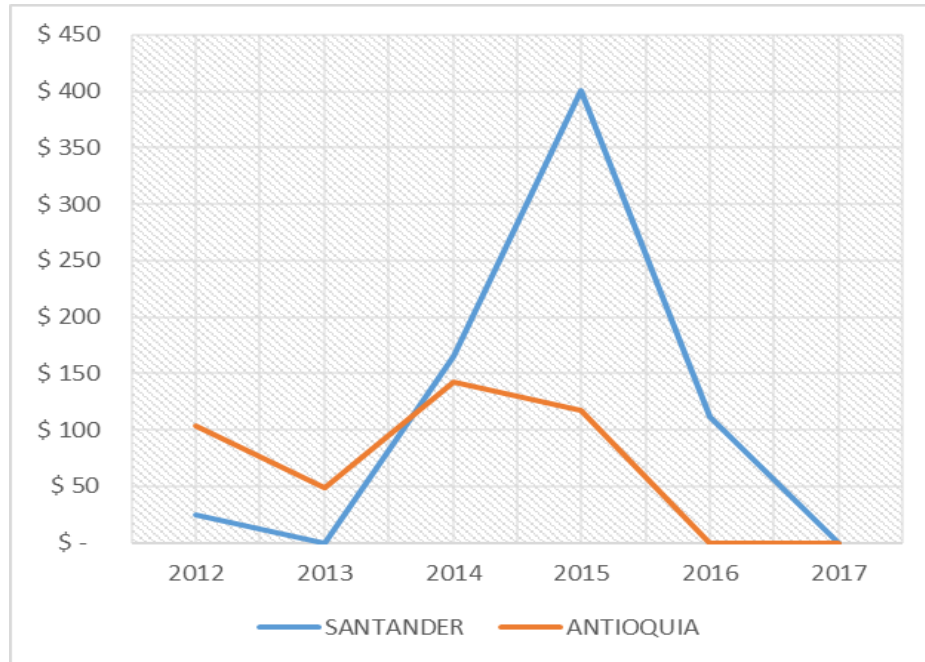


Figura 12. Dimensión salud y ámbito laboral Santander y Antioquia 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican como problemas priorizados en la dimensión Salud y Ámbito Laboral, ampliar la afiliación al sistema de riesgos laborales, disminuir las enfermedades de origen laboral, implementar estudios dirigidos a la población trabajadora (Gobernación de Santander, 2012).

Según los POAI Santander (Gobernación de Santander, 2012-2017), el departamento inicia con valores casi nulos en el 2012 y su tendencia aumenta hasta el año 2015 llegando a una inversión sobre los 400 pesos per cápita, este valor se explica por el monto destinado al programas como, Fortalecimiento de la autoridad sanitaria, inspección, vigilancia y control del sistema de riesgos laborales, y Salud y ámbito laboral en los trabajadores formales e informales, las empresas y los prestadores de servicios de salud ocupacional del departamento de Santander. Otros proyectos realizados durante el periodo fueron Unidos por un entorno laboral saludable y

Vigilancia y control de riesgos profesionales. Cabe mencionar que para el año 2017 no se registra información sobre la inversión en esta dimensión para Santander (Anexo 1).

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia prioriza acciones dirigidas a regular la afiliación del sector informal de la economía y establecer mecanismos de información, educación y capacitación referida a la seguridad social integral. (Gobernación de Antioquia, 2012). Según los datos del POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), el departamento mantiene una inversión inestable durante todo el periodo de estudio, El año que registra mayor inversión es el 2014 y se explica por los montos dirigidos a programas como Fortalecimiento del Recurso Humano y del clima laboral SSSA Medellín y Municipios del Departamento de Antioquia, Acciones de Inspección, Vigilancia y Control de los Riesgos Sanitarios, Fitosanitarios, Ambientales en los Ámbitos Laborales y Riesgos en las Empresas con Base en los Riesgos Profesionales. Otros programas realizados durante el periodo fueron Promoción de la Seguridad Ocupacional, la Protección y Seguridad Radiológica, y Acciones de promoción de la seguridad y la prevención de los riesgos ocupacionales en poblaciones laborales vulnerables del departamento (Anexo 2).

## **2.2 Análisis de inversión Dimensiones Transversales.**

Según (MINSALUD, 2018) las Dimensiones Transversales, como su nombre lo indica, pretenden incluir de manera transversal la acción sobre los Determinantes Sociales de Salud, a través de un conjunto de medidas en favor de los grupos sociales más vulnerables, de tal manera que las entidades territoriales construyan planes de acción en base a las diferencias sociales, estas

dimensiones pretenden hacer referencia a los Determinantes Estructurales de Salud, que como se mencionó anteriormente son factores que abordan a la sociedad en su conjunto.

A continuación, se presenta un análisis de las dos dimensiones transversales establecidas por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) desde el año 2012 hasta el año 2017, para los departamentos de Santander y Antioquia. Para este, se utilizaron los informes del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) de cada departamento, se identifican los programas y su respectiva inversión anual para cada dimensión con el fin de realizar una comparación entre las mismas, para los dos departamentos, e identificar la evolución histórica de las inversiones propuestas por cada periodo de gobierno.

En la tabla 3 y tabla 4, se presenta la inversión total y per cápita de las Dimensiones Transversales para el departamento de Santander y el departamento de Antioquia en el periodo 2012 – 2017 respectivamente. En estas, se diferencian de color verde las inversiones per cápita tenidas en cuenta para la comparación hecha posteriormente.

Tabla 3

*Inversión Dimensiones Transversales Santander 2012-2017.*

| POAI  | 2012              |           | 2013             |          | 2014               |           |
|---|-------------------|-----------|------------------|----------|--------------------|-----------|
| SANTANDER   | 2012-2017         |           | 2013             |          | 2014               |           |
|   | Población         | 2030775   | Población        | 2040932  | Población          | 2051022   |
| DIMENSIO  | INV TOTAL         | PERCAPI   | INV TOTAL        | PERCAPI  | INV TOTAL          | PERCAPI   |
| NES   |                   | TA        |                  | TA       |                    | TA        |
| TRANSVERSALE  |                   |           |                  |          |                    |           |
| S   |                   |           |                  |          |                    |           |
| Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables          | \$ 37.560.955.221 | \$ 18.496 | \$ 5.219.416.155 | \$ 2.557 | \$ 184.541.084.000 | \$ 43.041 |
| Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud | \$ 9.768.673.082  | \$ 4.810  | \$ 2.976.330.909 | \$ 1.458 | \$ 257.981.471.000 | \$ 28.638 |

| POAI   | 2015            |        | 2016           |        | 2017           |        |
|--|-----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| SANTANDER<br>2012-2017                                   | Población       | 20610  | Población      | 20710  | Población      | 208093 |
| DIMENSION  | 79              |        | 16             |        | 8              |        |
| ES   | INV TOTAL       | PERCA  | INV TOTAL      | PERCA  | INV TOTAL      | PERCA  |
| TRANSVERSALES  |                 | PITA   |                | PITA   |                | PITA   |
| Dimensión  | \$              | \$     | \$             | \$     | \$             | \$     |
| gestión  | 100.845.365.000 | 48.928 | 90.668.881.858 | 43.780 | 332.000.000    | 41.182 |
| diferencial de las<br>poblaciones<br>vulnerables         |                 |        |                |        |                |        |
| Fortalecimie   | \$              | \$     | \$             | \$     | \$             | \$     |
| nto de la  | 59.207.859.000  | 28.727 | 72.346.190.019 | 34.933 | 88.845.889.551 | 42.695 |
| Autoridad<br>Sanitaria para la<br>gestión de la<br>salud |                 |        |                |        |                |        |

Tabla 4

*Inversión Dimensiones Transversales Antioquia 2012-2017.*

| POAI   | 2012            |        | 2013            |        | 2014            |        |
|--|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|
| ANTIOQUIA  | Población       | 62217  | Población       | 62999  | Población       | 63781  |
| DIMENSION  | 42              |        | 90              |        | 32              |        |
| ES   | INV TOTAL       | PERCA  | INV TOTAL       | PERCA  | INV TOTAL       | PERCA  |
| TRANSVERSALES  |                 | PITA   |                 | PITA   |                 | PITA   |
| Dimensión  | \$              | \$     | \$              | \$     | \$              | \$     |
| gestión  | 194.003.300.000 | 31.182 | 202.767.422.000 | 32.185 | 186.047.005.000 | 29.169 |
| diferencial de<br>las poblaciones<br>vulnerables         |                 |        |                 |        |                 |        |
| Fortalecimi  | \$              | \$     | \$              | \$     | \$              | \$     |
| ento de la   | 181.610.173.000 | 29.190 | 187.965.567.000 | 29.836 | 257.981.471.000 | 40.448 |
| Autoridad<br>Sanitaria para la<br>gestión de la<br>salud |                 |        |                 |        |                 |        |

| POAI                   | 2015      |       | 2016      |       | 2017      |       |
|------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| ANTIOQUIA<br>2012-2017 | Población | 64562 | Población | 65348 | Población | 66131 |
| DIMENSION              | 99        |       | 57        |       | 18        |       |
| ES                     | INV TOTAL | PERCA | INV TOTAL | PERCA | INV TOTAL | PERCA |
| TRANSVERSALES          |           | PITA  |           | PITA  |           | PITA  |

| Dimensión   | \$              | \$     | \$              | \$     | \$              | \$     |
|---|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|
| gestión diferencial de las poblaciones vulnerables                    | 182.723.222.091 | 28.302 | 105.893.252.000 | 16.204 | 103.208.683.000 | 15.607 |
| Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud | 264.710.735.627 | 41.000 | 258.162.350.000 | 39.505 | 284.028.871.000 | 42.949 |

Para identificar la diferencia en los montos de inversión entre una dimensión y otra, se observa en la *Figura 13*, el comportamiento del departamento de Santander en el periodo 2012 – 2017. Por un lado, se destaca el aumento considerable de inversión a partir del año 2014, donde se mantienen montos de manera alta y sostenida en las dos Dimensiones Transversales. Por otro lado, se destaca que la inversión en la dimensión de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables tiene prelación sobre la dimensión de Fortalecimiento a la Autoridad Sanitaria para la Gestión en Salud en los últimos cuatro años.

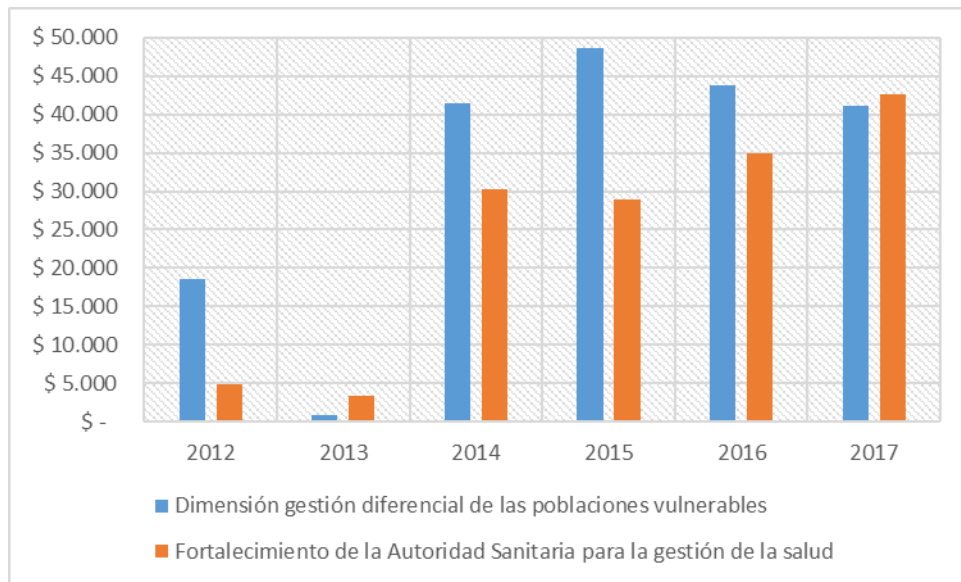


Figura 13. Dimensiones Transversales Santander 2012-2017.

Para identificar la diferencia en los montos de inversión entre una dimensión y otra, se observa en la *Figura 14*, el comportamiento del departamento de Antioquia en el periodo 2012 – 2017. Por un lado, se destaca el comportamiento constante durante todo el periodo para las dos Dimensiones Transversales. Por otro lado, se destaca que la inversión en la dimensión de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables disminuye a partir del año 2014 mientras que la inversión en la dimensión de Fortalecimiento a la Autoridad Sanitaria para la Gestión en Salud aumenta de manera a partir de este año, hasta finalizar el periodo.

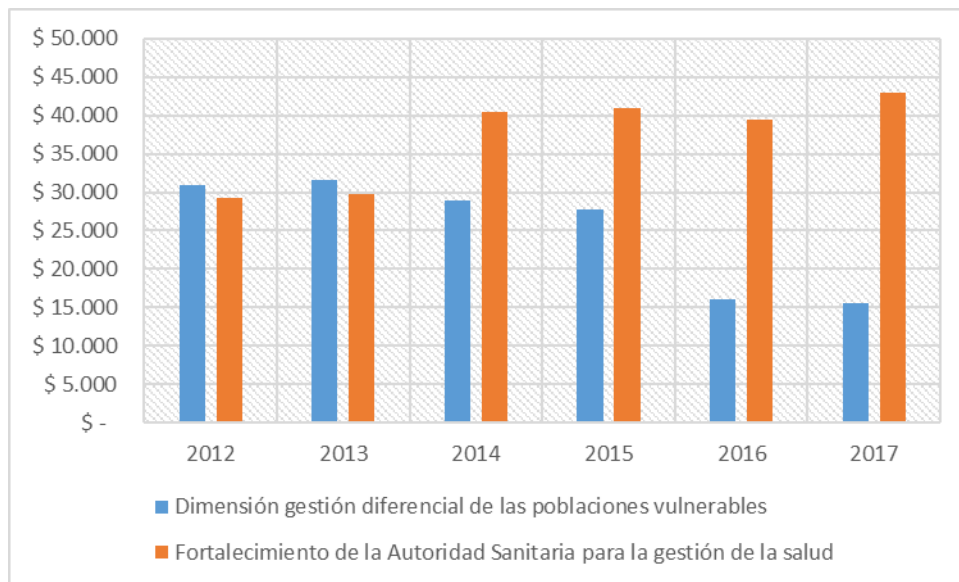


Figura 14. Dimensiones Transversales Antioquia 2012-2017

**2.2.1 Dimensión de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables Santander y Antioquia 2012-2017.** La dimensión de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, busca principalmente reconocer las diferencias sociales entre la población y con base en esto aplicar medidas encaminadas a mejorar las condiciones de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad. Se debe tener en cuenta

que esta es una dimensión transversal, lo que significa que las acciones al interior de las 8 dimensiones prioritarias complementan los objetivos de esta dimensión (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 15*, se observa la inversión per cápita en la dimensión Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables Santander y Antioquia 2012 - 2017. De manera general se evidencia, que el departamento de Santander mantiene una inversión por encima del departamento de Antioquia a partir del año 2014, sin embargo, Santander no tiene un comportamiento de inversión constante, dado que presenta alzas y bajas el inicio del periodo y un descenso leve al final.

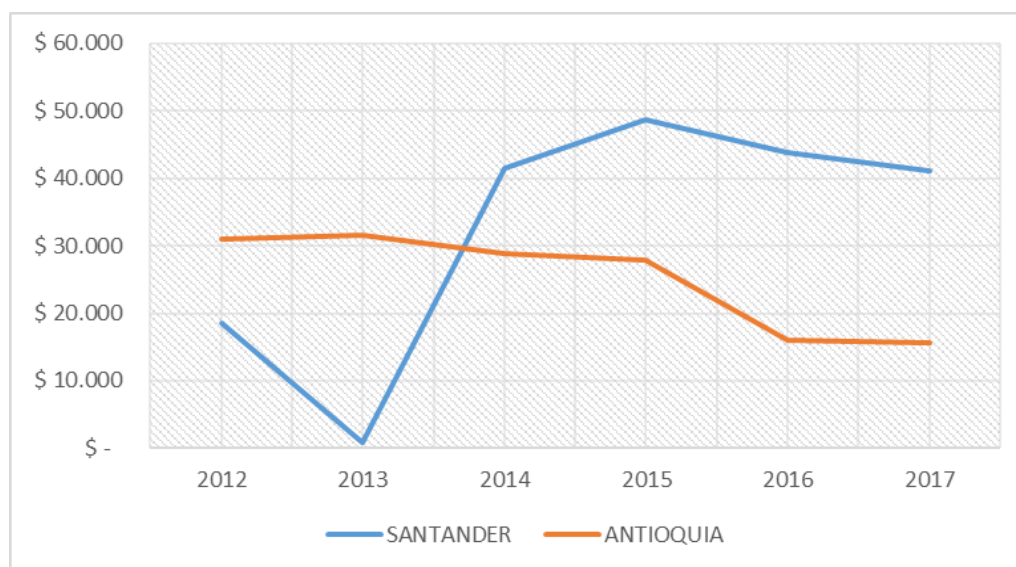


Figura 15. Dimensión Gestión diferencial de las Poblaciones Vulnerables 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican como problemas priorizados en la dimensión Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables, la atención a la población adulta mayor, el hacinamiento en centros carcelarios y penitenciarios, índices altos de personas en condición de desplazamiento, el porcentaje de personas discapacitadas y la atención a la primera infancia (Gobernación de Santander, 2012).

Según los POAI Santander (Gobernación de Santander, 2012-2017), el departamento eleva su inversión en esta dimensión transversal a partir del año 2014; durante este periodo se destacan acciones encaminadas principalmente a la población pobre, a la salud infantil, al adulto mayor y a las personas con discapacidad. El aumento en la inversión desde el año 2014 hasta el final del periodo, se explica por montos destinados principalmente a Asistencia a la población pobre no asegurada y la población pobre asegurada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el POS, fortalecimiento en la atención a la población con discapacidad y Salud infantil (Anexo 1). Cabe mencionar, que estos tres programas pese a ser los más significativos en términos de inversión, no tuvieron constancia año a año de manera similar, es decir, la inversión en *Asistencia a la población pobre no asegurada y a la población pobre asegurada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el POS*, tuvo un aumento mayor de manera gradual, año a año, hasta finalizar el periodo sobre las demás inversiones. Por su parte, la *Salud infantil*, fue el monto más inestable de esta dimensión durante todo el periodo, (anexo 1) para el año 2012 y 2013 mantuvo la inversión más alta sobre los demás programas, sin embargo, a partir del 2014 los montos se mantuvieron por debajo del año inicial y no se evidencian constantes hasta finalizar el periodo. Por su parte, *la inversión en el fortalecimiento en la atención y rehabilitación a la población en situación de discapacidad*, se mantuvo con un aumento leve. El crecimiento en la curva de inversión para el departamento de Santander, se explica también por la inclusión de programas dirigidos a la *participación en la asistencia y atención de pueblos indígenas comunidades afrocolombianas* en el año 2014, y la *atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado* en el año 2015. Así mismo, el aumento de inversión en el programa *Mantenimiento y sostenibilidad del aseguramiento en salud para la población pobre y vulnerable niveles 1 y 2 del SISBEN en Santander* en el año 2016. Para el 2017, la inversión tiene

un descenso que se explica por la disminución de recursos dedicados exclusivamente para la salud infantil y la inclusión de un monto general para el programa etnia, discapacidad, género, niñez, adolescencia y personas mayores (Anexo 1).

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia establece como objetivo principal en la Dimensión Transversal de Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables “Generar modelos de atención en salud heterogéneos que reconozcan las necesidades particulares de la población.” (Gobernación de Antioquia, 2012) Según esto, el departamento prioriza principalmente acciones encaminadas a general impacto en las poblaciones vulnerables y minorías, entre ellas destaca de manera especial la población infantil y el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.

Según los datos del POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), para el departamento, se observa un comportamiento constante desde el año 2012 al año 2015, sin embargo, para los dos últimos años se presenta una disminución en la inversión. Iniciando el periodo, los montos destinados a esta dimensión se ubican en promedio sobre los 30.000 pesos per cápita, mientras que, en el 2016, surge un cambio negativo que se descende la inversión sobre los 15.000 pesos hasta el 2017. Los programas estuvieron dirigidos principalmente a la primera infancia, la población pobre y las acciones en pro del adulto mayor y los discapacitados. Las inversiones de gran magnitud realizadas durante todo el periodo, fueron para proyectos como el *Servicio de Atención en Salud a la Población Pobre y Vulnerable del Departamento de Antioquia*, *Desarrollo Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes*, y *Programas para la Promoción de la Salud, Prevención de Riesgos y Atención de las Poblaciones Especiales (adulto mayor y personas en condición de discapacidad)*. Cabe mencionar, que la inversión más importante durante todo el periodo se destinó a la atención en salud de la población pobre y vulnerable, y el descenso de inversión en los dos últimos años se explica por la disminución de

recursos en esta misma. Por otro lado, se destaca la constancia en la inversión en el programa Consolidación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia y el programa envejecimiento y vejez. Otros destinos de inversión realizados durante el periodo fueron para las víctimas del desplazamiento forzado y el conflicto armado.

**2.2.2 Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud Santander y Antioquia 2012 - 2017.** La dimensión de Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud, tiene como objetivo “recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria en territorios para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector”. Sus estrategias están encaminadas a la gestión financiera del sector salud, ejecutar acciones en pro del aseguramiento efectivo, fiscalizar el sistema general de seguridad social en salud y la acción en temas relacionados con vigilancia epidemiológica, entre otras (MINSALUD, 2013).

En la *Figura 16*, se observa la inversión per cápita en la dimensión de Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud 2012 -2017 en Santander y Antioquia. De manera general se evidencia, que el departamento de Antioquia mantiene una inversión por encima del departamento de Santander durante todo el periodo, sin embargo, las dos curvas presentan un crecimiento constante durante todo el periodo.

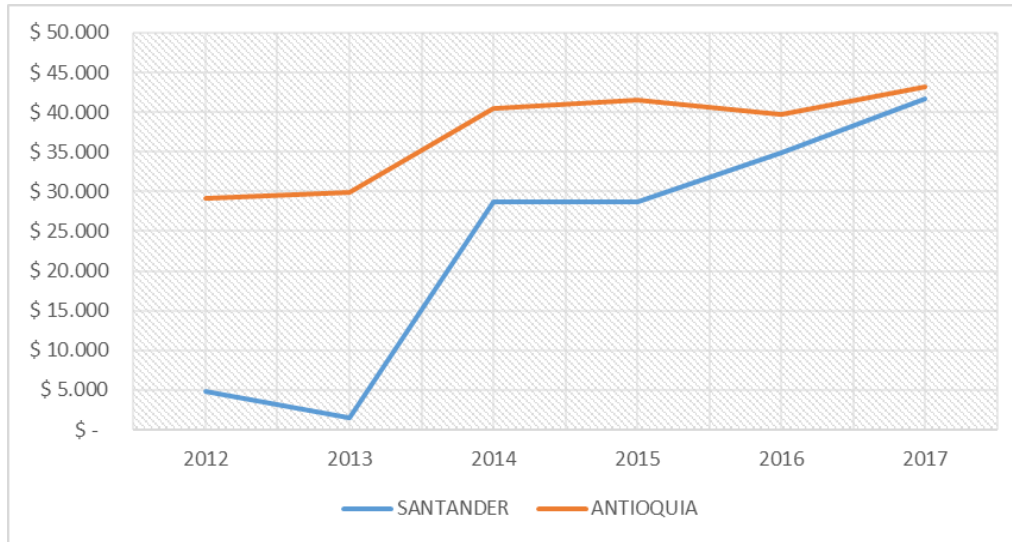


Figura 16. Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud Santander y Antioquia 2012-2017.

Según los Planes Territoriales de Salud Santander, se identifican como problemas priorizados en la dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de Salud Santander, adecuada resolutivez de las IPS, la oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud el acceso al sistema de salud para la población más dispersa, atención, diagnóstico y tratamientos de manera oportuna. (Gobernación de Santander, 2012).

Según los POAI Santander (Gobernación de Santander, 2012-2017), el departamento presenta una inversión muy baja para los dos primeros años del periodo, sin embargo, cabe destacar que desde el año 2013 hasta el año 2017, el recurso destinado a esta dimensión aumenta considerablemente, hecho que se explica por la inversión en obras de construcción y remodelación, como el Proyecto de Construcción, Remodelación y Adecuaciones en Hospitales, Puestos de Salud y Sedes en el Departamento De Santander.

Así mismo, inversiones realizadas en Dotaciones a Salas, Ambulancias, y Fortalecimiento al Sistema de Referencias y Acciones de Vigilancia con Programas para el Fortalecimiento al

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Aseguramiento y la Prestación de Servicios de Salud. Otros programas de importancia realizados durante el periodo de estudio fueron, Fortalecimiento de la Infraestructura Física de la Red Hospitalaria, LDSP (laboratorio de Salud Pública) Acciones de Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento, y Fortalecimiento al Flujo de Recursos mediante Auditoria (Anexo 1).

Por otro lado, el Plan Territorial de Salud Antioquia establece como objetivo principal en la Dimensión Transversal de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión en Salud “Contribuir al bienestar de la población reduciendo al mínimo la vulnerabilidad de la salud colectiva, gestionando adecuadamente las respuestas para la detección temprana del daño individual y colectivo, la reparación y recuperación de la salud.” (Gobernación de Antioquia , 2012).

Según los datos del POAI de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2012-2017), el departamento de Antioquia se destaca por una inversión alta y sostenida durante todo el periodo. Para el año 2012, la suma estuvo cerca de los 30.000 pesos per cápita, aumentando hasta los 42.000 para el año 2017. Este Aumento considerable, se explica por proyectos destacados como, El Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud de la Población, Las Acciones de Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento, El Mejoramiento de la Accesibilidad a los Servicios, y La Implementación y fortalecimiento de la red de servicios de Salud del departamento de Antioquia. (Anexo 2).

Finalmente, se presenta la evolución de la inversión total per cápita para Santander y Antioquia, con el fin de identificar la tendencia de inversión por parte de cada departamento en el sector de salud. En la *Figura 17*, se observa una evolución positiva para el departamento de Santander a partir del año 2014, sin embargo, para los años 2012 y 2013 la inversión es inestable.

Por su parte, Antioquia mantiene una inversión alta y sostenida desde el inicio del periodo, con una disminución de recursos leve para los años 2016 y 2017. Cabe mencionar que los recursos destinados por Santander, superan los recursos destinados de Antioquia a partir del año 2014 hasta finalizar el periodo.

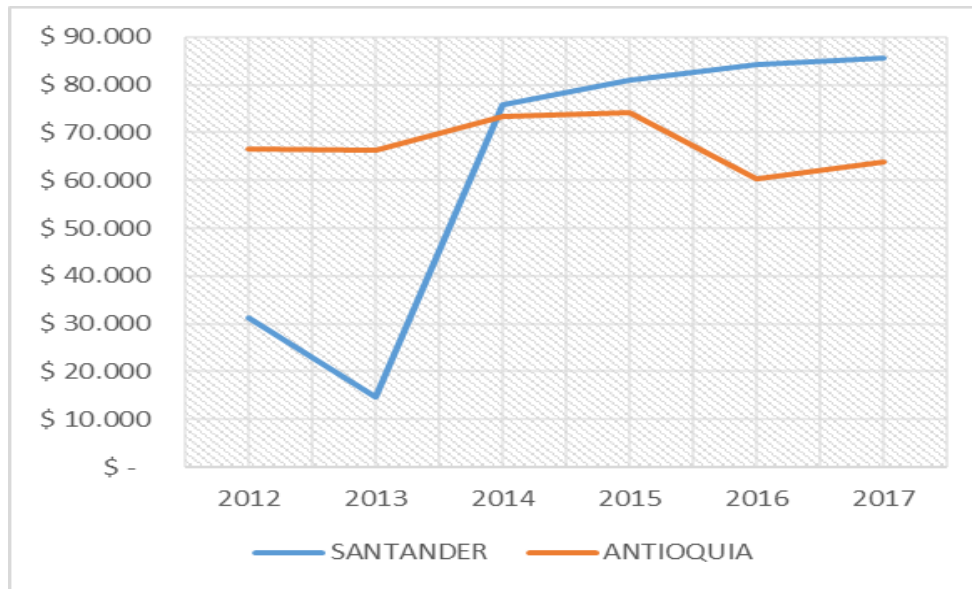


Figura 17. Inversión total per cápita Santander – Antioquia 2012-2017.

Después de realizar un análisis técnico de inversión por cada dimensión en los departamentos de Santander y Antioquia para los años 2012-2017, se presenta en la tabla 5, el resultado conjunto de evolución durante el periodo de estudio. El color verde, indica una evolución positiva durante el periodo de estudio, respecto a la inversión del año inicial del mismo departamento o un comportamiento positivo superior en relación con el departamento comparado. El color naranja indica, un comportamiento inestable en la inversión sin llegar a ser negativo o una inversión estable con variaciones leves. Y el color rojo, indica la evolución negativa durante el periodo de estudio, respecto a la inversión del año inicial del mismo

departamento o un comportamiento negativo inferior en relación con el departamento comparado.

Tabla 5

*Resultados de evolución por dimensiones Santander y Antioquia.*

| Dimensiones   | SANTANDER | ANTIOQUIA |
|---|-----------|-----------|
| Salud ambiental   | Red       | Verde     |
| Convivencia social y salud mental                                     | Red       | Amarillo  |
| Seguridad alimentaria y nutricional                                   | Red       | Verde     |
| Sexualidad y derechos sexuales reproductivos                          | Red       | Verde     |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles                           | Red       | Verde     |
| Salud pública en emergencia y desastres                               | Red       | Verde     |
| Vida saludable y condiciones no transmisibles                         | Red       | Red       |
| Salud y ámbito laboral  | Red       | Red       |
| Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables          | Verde     | Red       |
| Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud | Verde     | Verde     |

Según este análisis, se evidencia un comportamiento de acción diferenciada para cada departamento según las inversiones realizadas en las dimensiones del PDSP durante el periodo 2012-2017. En cuanto Dimensiones Prioritarias, Santander presenta una evolución negativa en el año final respecto al inicial en las ocho dimensiones, mientras que Antioquia presenta 4 evoluciones positivas, 2 con comportamientos inestables y 2 con evolución negativa. Entre estas, se destaca una acción positiva por parte de Antioquia comparado con Santander para las dimensiones de Salud Ambiental, Sexualidad y derechos sexuales reproductivos, Vida Saludable

y enfermedades transmisibles y salud pública en emergencias y desastres. Cabe aclarar que Santander, no tiene ninguna acción positiva por encima del departamento de Antioquia. En cuanto a las dimensiones Transversales, Santander presenta una evolución positiva del año final respecto al inicial en las dos dimensiones, por su parte, Antioquia presenta evolución positiva únicamente en la inversión de Fortalecimiento de la autoridad Sanitaria para la gestión en salud.

Es importante tener en consideración, la inversión total de recursos para cada departamento, pues contrario a lo que se espera, Santander presenta una evolución positiva por encima del departamento de Antioquia a partir del año 2014. Este incremento de la inversión se explica principalmente por los recursos destinados a las dos dimensiones trasversales como se mencionó anteriormente. Por su parte Antioquia, no tiene variaciones drásticas en la inversión total durante el periodo de estudio, a excepción de una disminución leve para los dos últimos años.

### **3. Evolución pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad para Santander – Antioquia 2013-2017.**

En Colombia, el Índice Departamental de Competitividad (IDC) es una medición que se hace a nivel nacional y tiene como objetivo identificar diferentes aspectos que inciden sobre el nivel de competitividad de los Departamentos en Colombia. Entre los factores principales se encuentran las condiciones básicas, la eficiencia y la sofisticación e innovación. El pilar de Salud, hace parte de las seis condiciones básicas, como uno de los requisitos necesarios para alcanzar altos niveles de competitividad a largo plazo a nivel departamental.



Tabla 7.

*Subpilares de Salud (IDC) Antioquia 2013-2017*

| PILAR DE SALUD (IDC)  | 2013            |                  | 2014            |                  | 2015            |                  | 2016            |                  | 2017            |                  |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
|   | P<br>UNT<br>AJE | P<br>OSIC<br>ION | P<br>UNT<br>AJE | P<br>OSIC<br>ION | P<br>UNT<br>AJE | P<br>OSIC<br>ION | P<br>UNT<br>AJE | P<br>OSIC<br>ION | P<br>UNT<br>AJE | P<br>OSIC<br>ION |
| Cobertura en Salud  | 58              | 18               | 61              | 17               | 52              | 17               | 31              | 10               | 13              | 13               |
| Cobertura de aseguramiento en salud                         | 52              | 13               | 38              | 14               | 34              | 15               | 68              | 13               | 14              | 12               |
| Camas hospitalarias totales                                 | 55              | 15               | 73              | 13               | 7               | 11               | 35              | 15               | 45              | 15               |
| Camas hospitalarias totales                                 |                 |                  | 09              | 16               | 31              | 15               | 01              | 16               | 95              | 19               |
| Cobertura de vacunación de triple viral                     | 67              | 18               | 24              | 11               | 72              | 16               | 21              | 4                | 88              | 4                |
| Primera infancia  | 14              | 3                | 26              | 2                | 17              | 2                | 64              | 4                | 22              | 2                |
| Mortalidad infantil   | 65              | 9                | 65              | 9                | 13              | 9                | 11              | 9                | 15              | 9                |
| Prevalencia de anemia                                       | 74              | 9                | 6               | 4                | 15              | 14               | 3               | 10               | 48              | 9                |
| Inversión pública en protección integral a primera infancia | 14              | 2                | 52              | 2                | 22              | 2                | 52              | 2                | 03              | 2                |
| Calidad en Salud  | 13              | 2                | 81              | 2                | 34              | 2                | 59              | 4                | 27              | 3                |
| Inversión en salud pública                                  | 5               | 5                | 01              | 4                | 57              | 5                | 79              | 9                | 07              | 9                |
| Mortalidad materna  | 45              | 7                | 10              | 1                | 58              | 5                | 11              | 10               | 19              | 16               |
| Esperanza de vida al nacer                                  | 43              | 6                | 43              | 6                | 86              | 3                | 86              | 3                | 86              | 3                |

Con el objetivo de observar la evolución para cada subpilar de salud por departamento, se realiza a continuación un análisis desde el año 2013 hasta el año 2017. En primera medida, se observa la evolución del pilar de Salud para Santander y Antioquia y posteriormente se realiza una interpretación de la tendencia para los subpilares: cobertura, primera infancia y calidad.

En la *Figura 18*, se observa la evolución del pilar de salud del IDC en Santander para el periodo 2013-2017. En esta, se evidencia una desmejora en la posición siendo comprado entre 25 departamentos en Colombia. Para el año 2013 Santander ocupaba el puesto número dos, sin embargo, para el 2017 el departamento desciende hasta el puesto número cinco. De esta manera, el puntaje obtenido durante los cinco años no sufre una variación significativa, pues la diferencia entre el primer y el último año es de solo 0,03 puntos. El año con mayor puntaje fue el 2015 con 6,33, sin embargo, este puntaje desciende hasta 5,9 para el 2017.

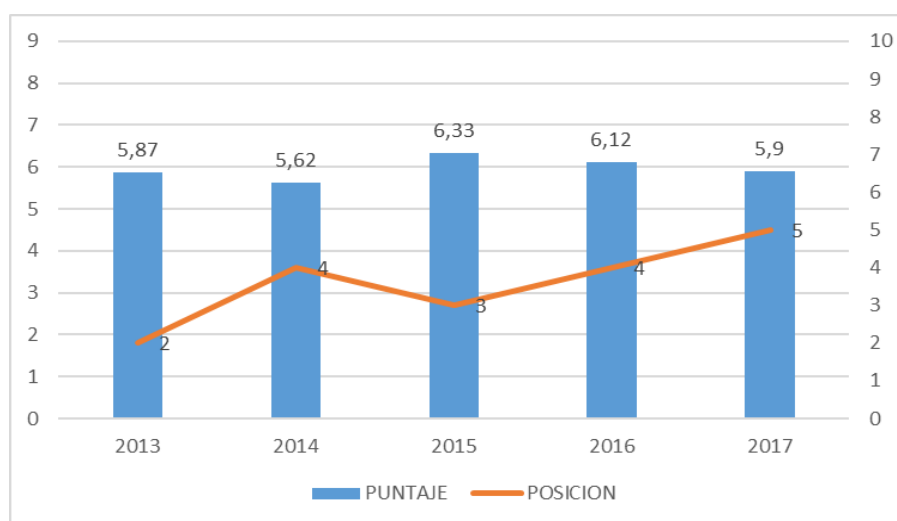


Figura 18. Pilar de Salud Santander 2013-2017.

En la *figura 19*, se observa la evolución del pilar de salud del IDC en Antioquia para el periodo 2013-2017. En esta, se evidencia una mejora significativa en la evolución del pilar de salud para el departamento. Por un lado, inicia el periodo en la posición número cinco y para el año 2017 asciende al puesto número tres, sin embargo, se mantiene en la posición número dos durante los años 2014, 2015 y 2016 entre 25 departamentos de Colombia. En cuanto al puntaje, se observa una variación ascendente durante el periodo de estudio, dado que la diferencia entre el primer y el último año es de 0,82 puntos, siendo el 2015 el año con mejores resultados.

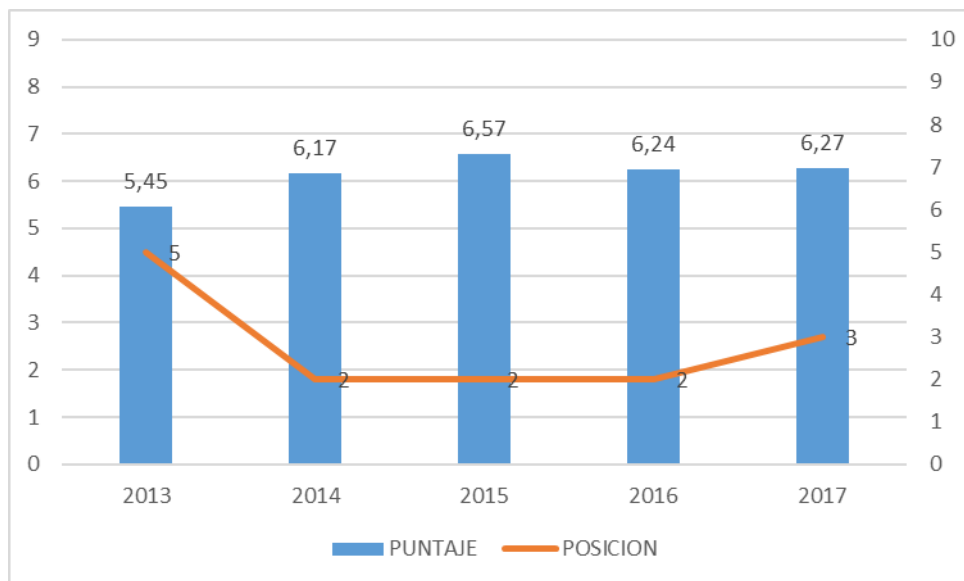


Figura 19. Pilar de Salud Antioquia 2013-2017.

### 3.1 Análisis evolutivo subpilar de cobertura en salud 2013-2017 Santander – Antioquia.

A continuación, se observa la evolución del subpilar cobertura en salud en Santander para el periodo 2013-2017. En la gráfica 18, *Cobertura de salud Santander*, se evidencia una mejora en cuanto a puntaje y posición, dado que para el 2013 el departamento inicia en la posición número nueve y para el 2017, se ubica en el puesto número cinco entre 25 departamento de Colombia. En cuanto a puntaje, el subpilar sufre una variación positiva de 1,67 puntos, siendo esta la diferencia entre el primer y el último año. Cabe resaltar la evolución ascendente y constante durante todo el periodo, que se explica por la evolución positiva de los indicadores, Cobertura de aseguramiento en salud, Camas servicios especializados y Cobertura de vacunación de triple viral (*tabla 16*).

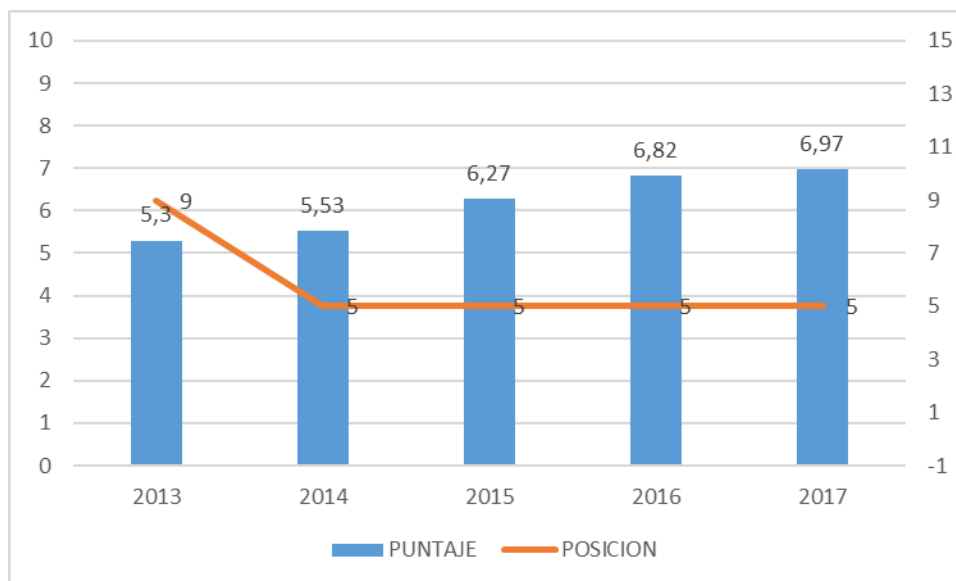


Figura 20. Cobertura de Salud Santander 2013-2017.

Por su parte, la evolución del subpilar cobertura en salud en Antioquia para el periodo 2013-2017, se observa en la figura 21, *Cobertura de salud Antioquia*. En esta, se evidencia una mejora importante en cuanto a puntaje y posición. Por una parte, para el 2013 el departamento contaba con un puntaje en cobertura de apenas el 3,58 ubicándose así en el puesto número 18 entre 25 departamentos de Colombia, sin embargo, para el año 2017 el departamento baja cinco posiciones ubicándose finalmente en el puesto número 13; esto se explica por un aumento considerable en el puntaje de 1,55 puntos, siendo esta la diferencia entre el primero y el último año. Cabe resaltar que el año con mayor cobertura en salud para Antioquia es el 2016 y los indicadores que presentaron una evolución positiva fueron, Cobertura de aseguramiento en salud y Cobertura de vacunación de triple viral, sin embargo, los indicadores de Camas de servicios especializados, y Camas hospitalarias totales, aun presentan resultados negativos lo que explica un puntaje y una posición aun por mejorar (tabla 17).

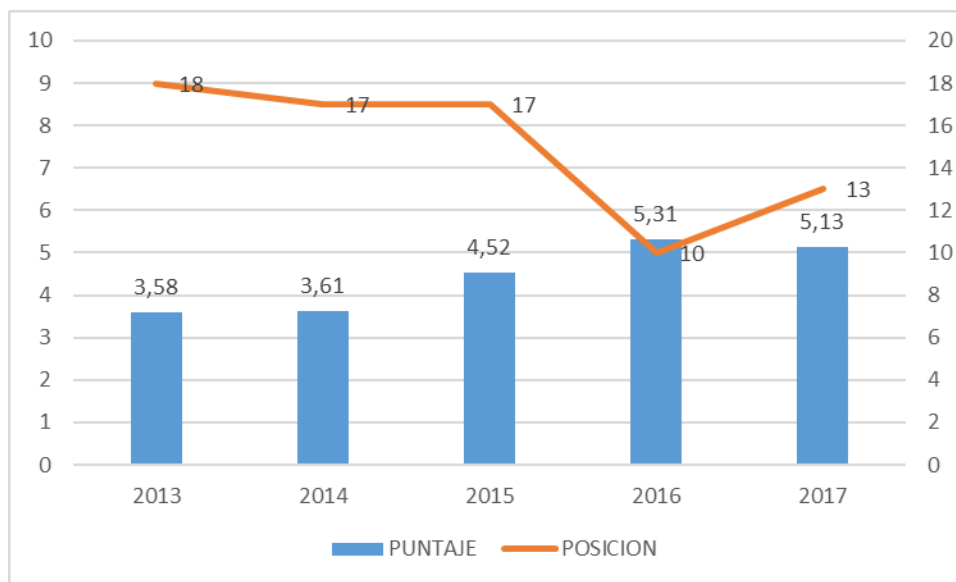


Figura 21. Cobertura en Salud Antioquia 2013-2017.

### 3.2 Análisis evolutivo subpilar de primera infancia 2013-2017 Santander – Antioquia.

Seguidamente, se observa la evolución del subpilar primera infancia en Santander para el periodo 2013-2017. En la figura 22, *Primera Infancia en Santander*, se evidencia una evolución negativa tanto en puntaje como en posición. Para el año 2013, Santander se ubica en el puesto número dos con un puntaje positivo de 7,17, sin embargo, este puntaje tiene una variación negativa de 0,87 puntos, siendo esta la diferencia entre el primer y el último año. Para el 2017, el departamento se ubica en el puesto número nueve con un puntaje de 6,3. Estos resultados se explican por una evolución muy negativa en los indicadores, Prevalencia de anemia, e Inversión pública en protección integral a la primera infancia (tabla 16). De lo anterior se deduce que el subpilar de primera infancia en Santander afectó significativamente el resultado del pilar de salud para el departamento.

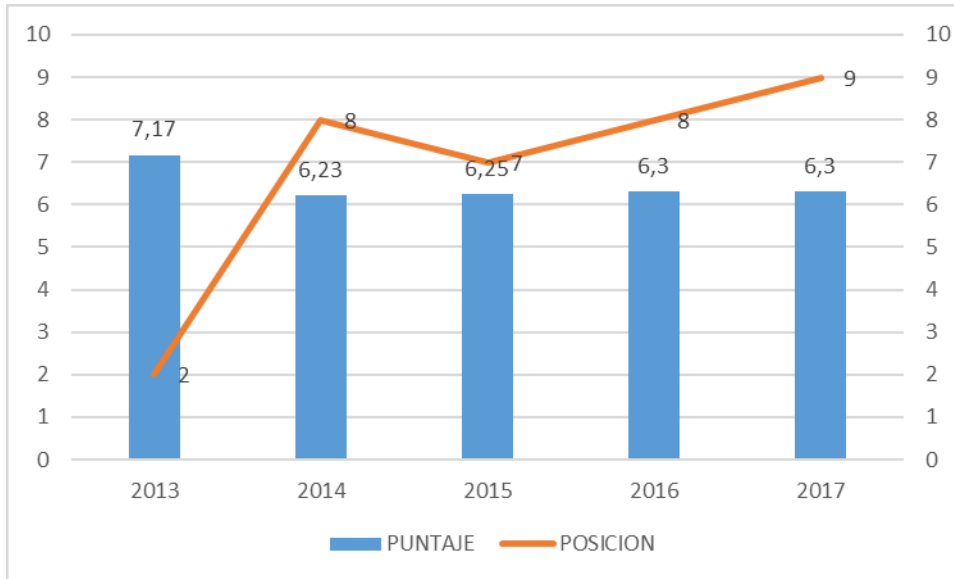


Figura 22. Primera Infancia Santander 2013-2017.

Por su parte, la evolución del subpilar Primera Infancia en Antioquia para el periodo 2013-2017, se observa en la figura 23, *Primera Infancia en Antioquia*, donde se evidencia una mejora en el puntaje a pesar de mantener la misma posición durante los últimos cuatro años. El subpilar de primera infancia, mantiene una variación positiva que refleja la evolución en los resultados del pilar de salud, ya que el puntaje de este subpilar aumenta en 1,08 puntos, inclusive sobre el buen nivel con que se inició el periodo en el año 2013, este paso de 7,14 puntos a 8,22 para el último año, esta evolución se explica por la tendencia positiva de los indicadores, Mortalidad Infantil, e Inversión pública en protección integral a la primera infancia (tabla 17). De esta manera Antioquia se mantiene en el puesto número dos entre 25 departamentos de Colombia.

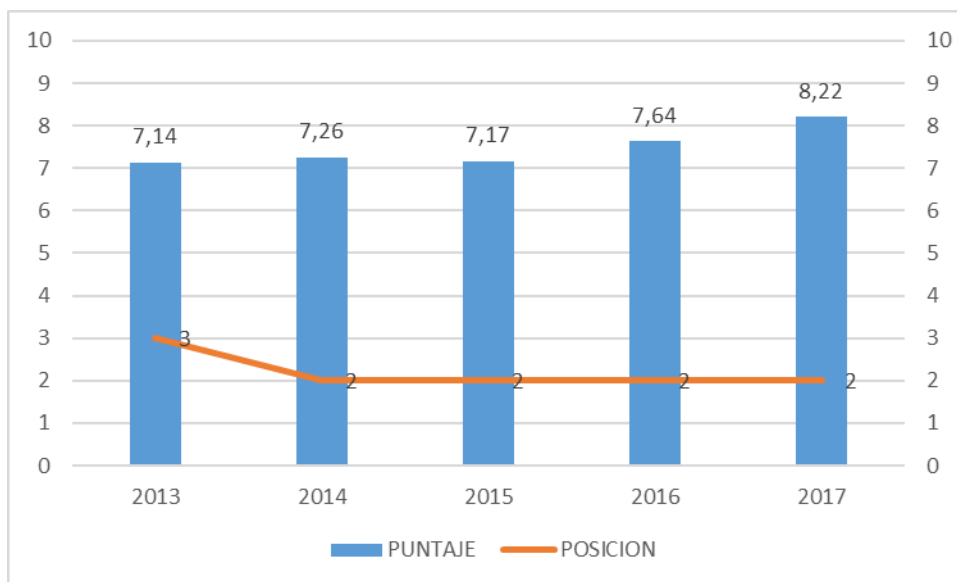


Figura 23. Primera Infancia Antioquia 2013-2017.

### 3.3 Análisis evolutivo subpilar de Calidad en Salud 2013-2017 Santander – Antioquia.

A continuación, se observa la evolución del subpilar Calidad en salud en Santander para el periodo 2013-2017. En la figura 24, *Calidad en Salud Santander*, se evidencia una evolución negativa para el departamento durante todo el periodo. La calidad para el año 2013 tenía un puntaje de 5,08, a pesar de no ser un puntaje significativo ocupaba el puesto número tres, pese a esto, para el año 2017 el puntaje disminuyó en 0,2 puntos, finalizando en 4,88, esto generó una caída hasta el puesto número 12, entre 25 departamentos de Colombia. Se destaca para el año 2015 un aumento significativo en el puntaje, sin embargo, la gráfica ratifica un empeoramiento en la calidad de salud para el departamento durante el periodo de estudio, que se explica por la evolución negativa de indicadores como Mortalidad materna y Esperanza de vida al Nacer (tabla 16).

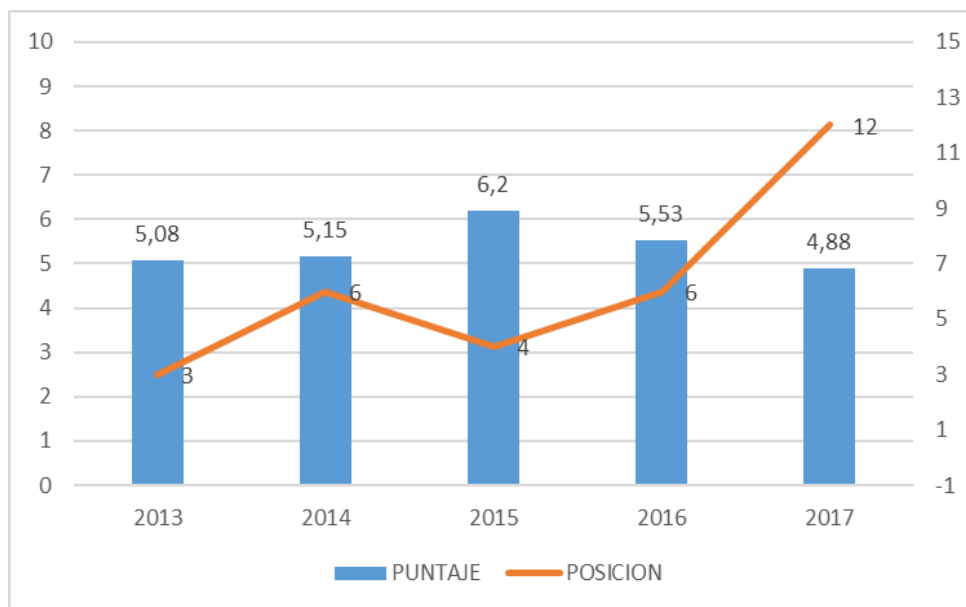


Figura 24. Calidad en salud Santander (IDC) 2013-2017.

Por su parte, la evolución del subpilar Calidad en Salud en Antioquia para el periodo 2013-2017, se observa en la figura 25, *Calidad en Salud en Antioquia*, donde se evidencia un aumento significativo en puntaje para los tres primeros años, que se reflejan en la posición número dos de manera consecutiva. Sin embargo, para los dos últimos años la calidad en salud sufre una desmejora de 2,07 puntos en puntaje, este descenso leve, se explica por la evolución negativa en indicadores como, Inversión en Salud Pública y Mortalidad materna, sin embargo, Antioquia se mantiene en los cuatro primeros puestos entre 25 departamentos de Colombia gracias a la evolución positiva del indicador, Esperanza de vida al nacer (tabla 17). El 2013 se inicia con un puntaje de 5,13 y el final del periodo Antioquia cierra con 5,27 puntos en calidad de salud.

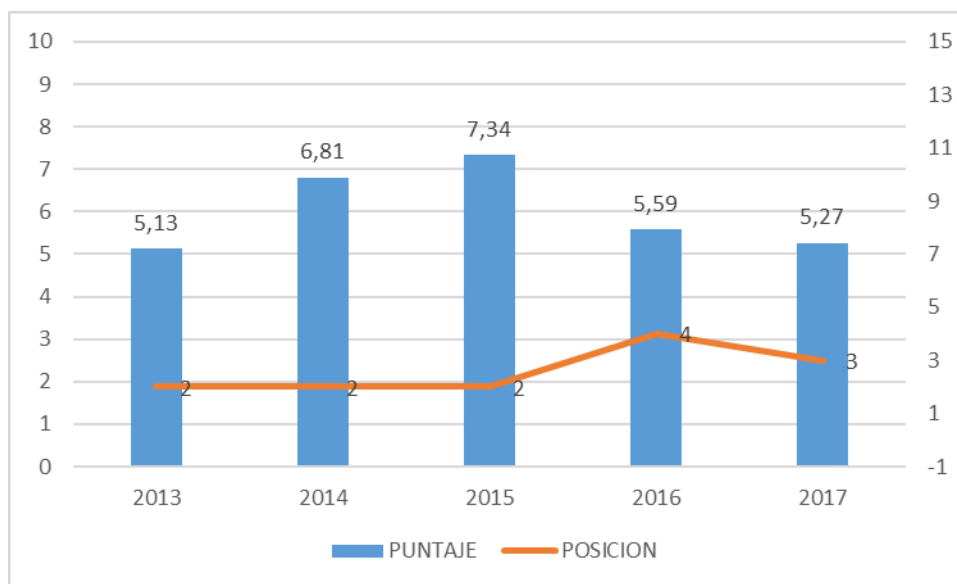


Figura 25. Calidad en salud Antioquia (IDC) 2013-2017.

Análisis de las diferencias entre la evolución del pilar de salud del IDC de Santander y Antioquia 2013-2017.

De acuerdo con los informes anuales del IDC (2013-2017), el departamento de Santander presenta un empeoramiento durante los últimos cinco años en el pilar de salud; este, se ubicaba para el año 2013 en el puesto número dos y posteriormente tiene un descenso de 3 puestos para el año 2017 ubicándose finalmente en el puesto número cinco. Por su parte, el departamento de Antioquia presenta una evolución contraria, pues esta se refleja como positiva; ya que presenta un ascenso de dos lugares en la clasificación, este departamento inicio el 2013 en el puesto número 5 y para los cuatro años siguientes se mantuvo entre los tres primeros lugares.

En primera medida, el departamento de Santander presenta una evolución positiva únicamente en el subpilar de cobertura con un nivel promedio de 6,1 puntos y el ascenso de cuatro puestos. Sin embargo, en lo que concierne a primera infancia y calidad en Salud, Santander presenta niveles preocupantes respecto a los demás departamentos. En cuanto a primera infancia,

Santander mantiene un puntaje promedio de 6,4 puntos y al finalizar el periodo muestra un descenso de cuatro puestos en la clasificación. De igual importancia, la calidad en salud para Santander, empeora al punto de descender nueve puestos en la clasificación al finalizar el periodo con un puntaje promedio de 5,3, lo que significa una calidad en salud poco óptima.

De otro modo, el departamento de Antioquia, exhibe una evolución positiva en los tres subpilares. Sobre cobertura en salud, el departamento avanza cinco lugares en la clasificación, con un puntaje promedio de 4,4 puntos. En primera infancia, se destaca la evolución positiva, que mantiene un puntaje sobre 7,6 en promedio y sube una posición sobre los demás departamentos. Y finalmente, en la calidad en salud, Antioquia mantiene el puntaje sobre los 6,0 puntos en promedio ubicándose de esta manera entre los tres primeros lugares de la clasificación.

Para hacer claridad sobre los anterior, se añade la tabla 18, donde se muestra el resultado conjunto de evolución de los pilares de salud durante el periodo de estudio. El color verde, indica una evolución positiva, respecto al puntaje del año inicial del mismo departamento. El color naranja indica, un comportamiento inestable en cuanto a puntaje y posición, sin variaciones significativas, desde el año inicial. Y el color rojo, indica la evolución negativa durante el periodo de estudio, respecto al puntaje del año inicial del mismo departamento.

Tabla 8

*Resultados de evolución subpilares de Salud (IDC) Santander y Antioquia.*

| SUBPILARES DE SALUD (IDC)               |   |
|---|---|
| SANTANDER                               | ANTIOQUIA                               |
| Cobertura en Salud                      | Cobertura en Salud                      |
| Cobertura de aseguramiento en salud     | Cobertura de aseguramiento en salud     |
| Camas servicios especializados          | Camas servicios especializados          |
| Camas hospitalarias totales             | Camas hospitalarias totales             |
| Cobertura de vacunación de triple viral | Cobertura de vacunación de triple viral |
| Primera infancia                        | Primera infancia                        |

|   |   |
|---|---|
| Mortalidad infantil   | Mortalidad infantil   |
| Prevalencia de anemia                                       | Prevalencia de anemia                                       |
| Inversión pública en protección integral a primera infancia | Inversión pública en protección integral a primera infancia |
| Calidad en Salud  | Calidad en Salud  |
| Inversión en salud pública                                  | Inversión en salud pública                                  |
| Mortalidad materna  | Mortalidad materna  |
| Esperanza de vida al nacer                                  | Esperanza de vida al nacer                                  |

Por último, es necesario hacer claridad sobre los subpilares identificados como ascendentes (con evolución positiva) y descendentes (con evolución negativa) según la información del Índice Departamental de Competitividad registrada en este apartado. A continuación, se señalan en verde los subpilares ascendentes y en rojo los subpilares descendentes para Santander y Antioquia.

Tabla 9

*Subpilares ascendentes y descendentes Santander y Antioquia 2013-2017.*

| Subpilares de Salud | Santander                            | Antioquia                              |
|---------------------|--------------------------------------|--|
| <i>Ascendentes</i>  | Cobertura en Salud                   | Cobertura en Salud<br>Primera infancia |
| <i>Descendentes</i> | Primera infancia<br>Calidad en Salud | Calidad en Salud                       |

#### 4. Relación inversión en Determinantes Sociales de Salud – Evolución pilar de salud de Índice Departamental de Competitividad.

Con la intención de identificar la relación entre los DSS y el pilar de Salud del IDC, se establece una asociación entre las Dimensiones del PDSP y los subpilares de salud del IDC. Para esto, se tiene en cuenta la correspondencia entre los objetivos de cada dimensión y las variables de cada subpilar. Como se observa en la tabla 10, se tienen en cuenta una dimensión transversal para *Cobertura* y tres dimensiones para *Primera Infancia* y *Calidad*.

Tabla 10

*Asociación Dimensiones PDSP y variables subpilar de salud IDC.*

| COBERTURA   | PRIMERA<br>INFANCIA  | CALIDAD                                       |
|---|--|---|
| Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud | Seguridad alimentaria y nutricional                          | Vida saludable y enfermedades transmisibles   |
|   | Sexualidad y derechos sexuales reproductivos                 | Vida saludable y condiciones no transmisibles |
|   | Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables | Salud ambiental                               |

Para el subpilar de Cobertura, se establece una correspondencia con las dimensiones *Fortalecimiento a la Autoridad Sanidad para la Gestión de Salud*. Debido a que esta dimensión tienen como objetivo desarrollar una adecuada gestión financiera del sector salud, que permita ejecutar acciones en pro del aseguramiento efectivo para toda la población.

Por su parte, se establece para el subpilar de Primera Infancia relación con las dimensiones, *Seguridad alimentaria y nutricional*, *Sexualidad y derechos sexuales reproductivos* y *Dimensión de gestión diferencial para las poblaciones vulnerables*, debido a que estas tienen objetivos

enfocados a la salud infantil, la primera infancia y acciones encaminadas a las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad.

Por último, se establece para el subpilar de Calidad correspondencia con las dimensiones *Vida saludable y enfermedades transmisibles* y *Vida saludable y condiciones no transmisibles*, y *salud ambiental*, debido a que estas están encaminadas a generar acciones en pro de una vida saludable y la prolongación de la esperanza de vida principalmente, así como garantizar acceso a las condiciones básicas de salud, agua potable y saneamiento básico.

Cabe mencionar que en esta asociación no se tienen en cuenta las dimensiones con las inversiones más bajas para los dos departamentos, ya que no representan un cambio significativo en los resultados durante el periodo de estudio, estas son, *Salud pública en emergencias y desastres*, *Salud y ámbito laboral*, y *Convivencia social y salud mental*.

#### **4.1 Subpilares descendentes identificados para Santander en el pilar de salud del IDC y su relación con la inversión en las dimensiones del PDSP para el periodo 2013-2017.**

De los subpilares identificados como descendentes para Santander en el pilar de salud del IDC se encuentran, Primera infancia y Calidad en salud (tabla 9). A continuación, se presenta una relación entre estos, y las dimensiones correspondientes (tabla 10).

##### **PRIMERA INFANCIA**

Como se mencionó anteriormente, se presenta una evolución negativa para ese subpilar, tanto en puntaje como en posición. Para el año 2013, Santander se ubica en el puesto número dos con un puntaje positivo de 7,17, sin embargo, este puntaje tiene una variación negativa de 0,87 puntos y finalizando el 2017 el departamento baja al puesto número 9 con un puntaje de 6,3

(Grafica 20). Por su parte, la Dimensión de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables, presenta una evolución positiva a partir del año 2014 hasta finalizar el periodo (Grafica 13). De manera general, se observa una relación inversa entre la inversión realizada para este determinante y los resultados del subpilar Primera Infancia, debido a que para el año 2013 la inversión en esta dimensión fue la más baja de todo el periodo, y sin embargo, este fue el año con mejores resultados en el subpilar. Para los años posteriores se sigue observando una relación contraria, donde aumenta la inversión, pero se presenta una evolución negativa en los resultados del subpilar.

La relación inversa entre la evolución del subpilar Primera Infancia y la Dimensión Transversal no se explica en detalle con los datos generales. Para esto, es necesario identificar la acción frente a este determinante, específicamente con las inversiones realizadas a la primera infancia. Tal como se explica en el capítulo 2-(2.2.1) las inversiones que incrementaron los niveles de acción para el año 2014, 2015 y 2016 en la *Dimensión de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables*, estuvieron dirigidas a la Asistencia a la población pobre no asegurada y a la población pobre asegurada al régimen subsidiado en lo no cubierto por el POS, que tuvo un aumento mayor de manera gradual, año a año, hasta finalizar el periodo sobre las demás inversiones. Por su parte, la *Salud infantil*, fue el monto más inestable de esta dimensión durante todo el periodo (anexo 1), para el año 2012 y 2013 mantuvo la inversión más alta sobre los demás programas, sin embargo, a partir del 2014 los montos se mantuvieron por debajo del año inicial y no se evidencian constantes hasta finalizar el periodo.

Por su parte, la evolución en la inversión de la dimensión prioritaria, *Sexualidad Y Derechos Reproductivos*, explica en parte la tendencia en el subpilar de primera infancia en salud. Como se mencionó en el capítulo 2-(2.1.4) en los años 2012 y 2013 se evidencian montos significativos

para el programa *Salud Sexual y Reproductiva en el Departamento de Santander*, el cual tenía como objetivo, aumentar en 1 punto el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, sin embargo, a partir el año 2015 la inversión en esta dimensión disminuye de manera drástica, lo que se explica por una disminución en los recursos destinados a los programas vigentes dirigidos a la mortalidad infantil.

Finalmente, la inversión en la dimensión *Salud y Seguridad Alimentaria*, para el departamento de Santander, presenta una evolución negativa a partir del año 2014, en esta dimensión se destaca la inversión de los años 2012 y 2013 como las más altas de durante todo el periodo (grafica 5). Como se menciona en el capítulo 2-(2.1.3), para el año 2013 las inversiones más significativas estuvieron dirigidas a programas de Nutrición I, Nutrición II, y Fortalecimiento de las Acciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional, las cuales tuvieron como fin reducir el porcentaje de desnutrición global en niños menores de cinco años, sin embargo, estos recursos disminuyen para los años 2014 y 2015. El año 2016 presenta una recuperación de inversión, gracias al programa Santander Unido y Mejor Alimentado con Participación Social y Comunitaria, sin embargo, para el año 2017 los recursos vuelven a disminuir, lo que indica una acción no constante dirigida a la población infantil.

#### CALIDAD EN SALUD

Como se mencionó anteriormente, la calidad en salud para el año 2013 tenía un puntaje de 5,08, a pesar de no ser un puntaje muy alto ocupaba el puesto número 3, sin embargo, para el año 2017 el puntaje disminuyó en 0,2 puntos, finalizando en 4,88, generando una caída hasta el puesto número 12, entre 25 departamentos de Colombia (Grafica 22). Por su parte, la tendencia de la *Dimensión Prioritaria Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles*, tuvo una evolución negativa a partir del año 2014 hasta finalizar el periodo (Grafica 7). De manera general, se

observa una relación directa entre la evolución negativa del subpilar de calidad en salud y la dimensión prioritaria. Como se mencionó en el capítulo 2-(2.1.5) esta correspondencia se explica por la inversión en programas como, Fortalecimiento de la Gestión Integrada Para la Vigilancia, Promoción, Prevención y Control de las ETV, Lepra I y II, ETV I, II, III, y IV para con objetivo de controlar las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV), debido a que los montos más altos, se registran para el año 2013. Sin embargo, para los años posteriores los recursos destinados a esta dimensión, y por ende a estos programas, disminuyeron drásticamente alcanzando valores por debajo de los 500 pesos per cápita; sumado a esto, se incluyeron otros programas con una destinación menor de recursos, entre ellos, Unidos por una Vida Saludable sin Exposición y Vulnerabilidad a Eventos Transmisibles, y Prevención de Enfermedades Crónicas o Transmisibles en el Departamento de Santander.

Por su parte, se encuentra una relación directa entre la tendencia de inversión en la dimensión prioritaria *Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles* y la evolución negativa del subpilar de *Calidad En Salud*. Como se mencionó en el capítulo 2-(2.1.7) esta relación se explica por una evolución negativa en la inversión destinada para esta dimensión durante el periodo de estudio. Para el año 2012, el monto más importante, por encima de 3.700 pesos per cápita, se realizó en programas como, Fortalecimiento de hábitos y estilos de vida saludables, Prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en el departamento de Santander, Desarrollo de la estrategia Santander te quiero, para atención gratuita en salud a población infantil, joven y adulta, y el Mejoramiento de la salud bucal dentro del marco de la estrategia atención primaria en salud - APS en el departamento, y el Fortalecimiento de la gestión en de la regional 4 de la red nacional de donación y trasplantes. Sin embargo, los recursos disminuyen considerablemente para esta dimensión a lo largo del periodo, para el año 2016 este monto alcanzó su nivel más

crítico ubicándose por debajo de los 50 pesos per cápita, cabe mencionar que los programas que tuvieron continuidad durante el periodo, aunque con una inversión menor, estuvieron enfocados a salud bucal, donación de trasplantes, y en disminuir las muertes por enfermedades no transmisibles.

Finalmente, la tendencia de inversión en la dimensión prioritaria, *Salud Ambiental*, fue negativa para el departamento, lo que representa una relación directa entre esta, y el subpilar de *Calidad en salud*. Como se mencionó en el capítulo 2-(2.1.1) en el lapso de tiempo entre el 2013 y 2017 el recurso destinado a esta dimensión presenta un descenso importante. Entre los programas que tuvieron continuidad, aunque con una inversión baja, se destacan los dirigidos al Desarrollo Agua Potable y Saneamiento Básico, con el fin de mejorar el nivel de riesgo de la calidad del agua para consumo humano hasta que el 8% de los municipios con nivel de Riesgo Alto. Otros programas realizados durante el periodo de estudio fueron, Santander con Entornos Saludables por un Desarrollo Sostenible con el fin de Mantener anualmente en 80 % la cobertura de vacunación antirrábica de perros y gatos en los municipios de categoría 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup>. Y Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control de las Competencias en Salud Ambiental en el Departamento de Santander con el fin mantener la inspección, vigilancia y control del 80% de los establecimientos de interés sanitario de los municipios de categoría 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup>.

#### **4.2 Subpilares ascendentes identificados para Santander en el pilar de salud del IDC y su relación con la inversión en las dimensiones del PDSP para el periodo 2013-2017.**

De los subpilares identificados como ascendentes para Santander en el pilar de salud del IDC se encuentra, Cobertura en salud (tabla 9). A continuación, se presenta una relación entre este, y las dimensiones correspondientes (tabla 10).

#### COBERTURA EN SALUD

Como se presenta anteriormente, Santander obtiene resultados positivos en cuanto a puntaje y posición en este subpilar del IDC, dado que el 2013 el departamento inicia en la posición número 9 y para el 2017, se ubica en el puesto número 5 entre 25 departamento de Colombia, aumentando significativamente su puntaje durante el periodo de estudio (Grafica 18). En contraste, la inversión en la dimensión de *Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión en Salud*, encargada del aseguramiento efectivo, presenta valores de inversión muy bajos para el año 2013, sin embargo, a partir del año 2014 la tendencia presenta un comportamiento positivo, debido al aumento en los recursos destinados a esta dimensión (Grafica 14). La relación directa entre la evolución del subpilar *Cobertura* y la Dimensión Transversal, se explica en detalle con los datos generales. Tal como se explica en el capítulo 2-(2.2.2) el departamento presenta una inversión muy baja para los dos primeros años del periodo, sin embargo, cabe destacar que desde el año 2014 hasta el año 2017, el recurso destinado a esta dimensión aumenta considerablemente, hecho que se explica por la inversión en obras de construcción y remodelación, como el Proyecto de Construcción, Remodelación y Adecuaciones en Hospitales, Puestos de Salud y Sedes en el Departamento De Santander. Así mismo, inversiones realizadas en Dotaciones a Salas, Ambulancias, y Fortalecimiento al Sistema de Referencias y Acciones de Vigilancia con Programas para el Fortalecimiento al Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Aseguramiento y la Prestación de Servicios de Salud. Otros programas de importancia realizados durante el periodo de estudio fueron, Fortalecimiento de la Infraestructura Física de la

Red Hospitalaria, LDSP (laboratorio de Salud Pública) Acciones de Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento, y Fortalecimiento al Flujo de Recursos mediante Auditoría.

#### **4.3 Subpilares descendentes identificados para Antioquia en el pilar de salud del IDC y su relación con la inversión en las dimensiones del PDSP para el periodo 2013-2017.**

De los subpilares identificados como descendentes para Antioquia en el pilar de salud del IDC se encuentra, Calidad en Salud (tabla 9). A continuación, se presenta una relación entre este, y las dimensiones correspondientes (tabla 10).

##### **CALIDAD EN SALUD**

Inicialmente, se debe aclarar que el descenso de Antioquia en este subpilar fue solo de un puesto en la clasificación, teniendo en cuenta que mantiene una evolución positiva en todo el periodo de estudio. Como se mencionó anteriormente, se presenta un aumento significativo en puntaje para los tres primeros años en este subpilar, que se reflejan en la posición número 2 de manera consecutiva. Sin embargo, para los años 2016 y 2017, la calidad en salud sufre un descenso de 2,07 puntos en puntaje, pero aun así se mantiene en los cuatro primeros puestos entre 25 departamentos de Colombia (Grafica 23). Por lo anterior, la caída que sufre el subpilar para los últimos años, se explica por la inversión en la dimensión *Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles*, debido a que esta es la única dimensión con una tendencia negativa en el periodo de estudio, teniendo en cuenta que las dimensiones *Vida saludable y enfermedades transmisibles*, y *Salud ambiental*, presentan resultados positivos en el destino de recursos.

Según este estudio, la dimensión prioritaria *Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles*, presenta un comportamiento de inversión ascendente, con un aumento importante a partir del año

2015 hasta el final del periodo (grafica 7). Como se mencionó en el capítulo 2-(2.1.5) los proyectos con mayor inversión de esta dimensión para Antioquia, giraron en torno a las enfermedades inmunoprevenibles, a través de programas como, Prevención y Promoción de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, (EGI) en todo el Departamento, y Fortalecimiento de la Gestión de las Enfermedades Inmunoprevenibles, Emergentes, Reemergentes y Desatendidas en todo el Departamento Antioquia.

Por su parte, la dimensión prioritaria *Salud Ambiental*, se destaca como la más significativa en términos de inversión sobre las demás dimensiones para Antioquia, esta, presenta una tendencia positiva de inversión durante a partir del año 2014 hasta finalizar el periodo (Grafica 3). Tal y como se mencionó en el capítulo 2-(2.1.1) los programas más importantes realizados para ese periodo se encuentra, Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones en sus Componentes de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica, Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios), Prevención, Vigilancia y Control De Infecciones Asociadas a la Atención En Salud y Resistencia Antimicrobiana, en las Instituciones de Salud del Departamento Priorizados, y Salud Ambiental. Los cuales tuvieron como objetivo, la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano para el departamento de Antioquia, la prevención y control de las intoxicaciones por sustancias químicas-plaguicidas, y vigilancia sanitaria de la calidad de los medicamentos y afines.

En concreto, como ya se mencionó, la caída que sufre el subpilar de calidad en salud para los últimos años se explica por la inversión en la dimensión *Vida Saludable Y Condiciones No Transmisibles*. Esta dimensión, presenta un comportamiento positivo para los primeros años, sin embargo, desciende a partir del año 2015 (grafica 9), hecho que se refleja sobre el subpilar de salud de calidad en salud en los años 2016 y 2017 (grafica 23). Como se mencionó en el capítulo

2-(2.1.7) la dimensión *Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles*, realiza la inversión mas alta iniciando el periodo y estuvo dirigida a proyectos de Promoción de la Salud y Atención Integral para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles Priorizadas en el Departamento de Antioquia, Desarrollo y Gestión de las Tecnologías de Información de Salud, y Fortalecimiento de la Participación Ciudadana y Comunitaria en Salud 115 Municipios Departamento de Antioquia. Cabe mencionar que, a partir del año 2015 solo se dio continuidad al programa, Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables en el Departamento de Antioquia, lo que se traduce en una disminución considerable de recursos para esta dimensión hasta finalizar el periodo.

#### **4.4 Subpilares ascendentes identificados para Antioquia en el pilar de salud del IDC y su relación con la inversión en las dimensiones del PDSP para el periodo 2013-2017.**

De los subpilares identificados como ascendentes para Antioquia en el pilar de salud del IDC se encuentran, Cobertura en Salud y Primera Infancia. (tabla 9). A continuación, se presenta una relación entre estos, y las dimensiones correspondientes (tabla 10).

##### **COBERTURA EN SALUD**

Como se mencionó anteriormente, el subpilar *Cobertura* en salud en Antioquia para el periodo 2013-2017 presenta una evolución importante en cuanto a puntaje y posición. Por una parte, para el 2013 el departamento contaba con un puntaje en cobertura de apenas el 3,58 ubicándose así en el puesto número 18 entre 25 departamentos de Colombia, pese a esto, para el año 2017 el departamento sube cinco posiciones ubicándose finalmente en el puesto número 13, con un aumento considerable en el puntaje de 1,55 puntos (Grafica 19).

Esto se explica por el aumento en la inversión realizada a la Dimensión Estructural de *Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión En Salud* (grafica 14), dado que, el departamento de Antioquia se destaca por una inversión alta y sostenida durante todo el periodo en proyectos con el fin de garantizar accesibilidad a los servicios de salud. Como se evidencia en el capítulo 2-(2.2.2) para el año 2012, la suma estuvo sobre la suma estuvo cerca de los 30.000 pesos per cápita, aumentando hasta los 42.000 para el año 2017. Este Aumento considerable, se explica por la inversión en proyectos como, el Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud de la Población, Las Acciones de Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento, El Mejoramiento de la Accesibilidad a los Servicios de Salud, y La Implementación y fortalecimiento de la red de servicios de Salud del departamento de Antioquia.

#### PRIMERA INFANCIA

La evolución en el subpilar de Primera Infancia se destaca como el más significativo para los resultados del pilar de salud del IDC, este, mantiene una variación constante y positiva durante todo el periodo, inclusive sobre el buen nivel con que se inició en el año 2013, teniendo en cuenta que pasó de 7,14 puntos a 8,22 para el 2017. De esta manera, Antioquia conserva el puesto número 2 en la clasificación entre 25 departamentos de Colombia (Grafica 21). Por su parte, de las tres dimensiones relacionadas *Sexualidad y derechos reproductivos*, *Seguridad Alimentaria y nutricional*, y *la dimensión transversal de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables*, solamente la primera presenta una evolución positiva en el periodo de estudio. De manera general, se observa una relación inversa entre la inversión realizada para estos determinantes y los resultados del subpilar Primera Infancia del IDC, por lo anterior, es necesario hacer a continuación una revisión más específica para explicar las acciones por parte del departamento de Antioquia.

En primera medida, se destaca la evolución positiva de la dimensión *Sexualidad y Derechos reproductivos*, que explican la evolución positiva del subpilar *Primera Infancia*, debido a que los recursos aumentaron de manera constante desde el año 2013 hasta el año 2017, por la inversión en programas como, Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos y Equidad de Género, y Fortalecimiento de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para el Departamento De Antioquia, con el objetivo de garantizar protección a las madres gestantes y a la población infantil en los primeros niveles de vida.

Cabe mencionar que la inversión en la dimensión *Seguridad Alimentaria y nutricional* presenta una inversión muy baja durante todo el periodo de estudio en comparación con las demás dimensiones, por ende, sus resultados no establecen relación con la evolución positiva del subpilar primera infancia, teniendo en cuenta que tampoco se evidencia algún programa dirigido a la primera infancia.

Por su parte, la relación inversa entre la evolución del subpilar Primera Infancia y la Dimensión Transversal *de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables*, no se explica en detalle con los datos generales. Para esto, es necesario identificar la acción frente a este determinante, específicamente con las inversiones realizadas a la primera infancia. Tal como se menciona en el capítulo 2-(2.2.1), para el departamento se observa un comportamiento de inversión constante desde el año 2012 al año 2015, sin embargo, para los dos últimos años se presenta una disminución en el monto de recursos. Primeramente, se debe destacar que uno de los montos de inversión más altos estuvo dirigido a la primera infancia con programas como, Desarrollo Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes, Estrategia Escuela Saludable –EES y Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI, los cuales perduran durante todo el periodo de estudio con inversiones constantes y crecientes. Se debe aclarar que el

descenso de inversión para esta dimensión en los dos últimos años se explica por la disminución de recursos en la inversión de programas para la atención en salud de la población pobre y vulnerable del departamento, es decir, los recursos destinados a la primera infancia no surgen alteraciones negativas.

Para finalizar, se debe tener en cuenta que el pilar de salud pertenece al grupo de condiciones básicas de los indicadores del IDC, referente a esto, cabe mencionar que la acción departamental frente a los problemas del ámbito salud, conlleva a una mejora en la competitividad regional y la adecuada gestión del sistema de salud, que es clave para el desarrollo competitivo de un territorio. Por lo anterior, subpilares como primera infancia, calidad y cobertura, se observan como referentes esenciales relacionados con salud para caracterizar de manera cuantitativa la condición de salud de un departamento y el reflejo de esta, en la productividad de su población.

La razón de que la primera infancia sea un indicador de competitividad, es porque la condición de vida de los primeros años es fundamental para el completo desarrollo y el desempeño de las capacidades en la población. Para, James Heckman, premio Nobel de Economía, invertir en condiciones de vida para los niños como salud, genera más beneficio económico y social para los estados que el mismo gasto en programas sociales o de infraestructura. (De cero a siempre, 2013)

Por su parte, la inversión en cobertura y calidad en salud, garantiza que la población cuente con los recursos necesarios para el completo desarrollo de sus capacidades, el cuidado y la protección en aquellas situaciones de vulnerabilidad. De esta manera, se considera que la atención en salud de una población, y la calidad en servicios de salud garantiza accesibilidad, oportunidad y seguridad, siendo estas, condiciones que contemplan el aumento de la

productividad, a través de un aumento de las capacidades individuales, lo que se traduce en una mejora en las condiciones de vida de los trabajadores y por ende de capital humano.

Lo que se observa anteriormente es que, Antioquia distribuye los recursos de salud entre las dimensiones del PDSP, teniendo en cuenta estos subpilares del IDC y las necesidades de su población, de esta manera se evidencia una evolución considerable de los subpilares en mención, para este departamento entre los 25 departamentos del escalafón. Por su parte el departamento de Santander, mantiene una inversión alta a partir del año 2013 en salud, pero subpilares como primera infancia y calidad no sufren mejoras considerables, puesto que no se tiene en cuenta los indicadores básicos de salud en las inversiones realizadas dentro del PDSP los cuales son los que establecen buenos resultados en el IDC.

## **5. Conclusiones**

El objetivo principal del trabajo es analizar de qué manera influye la adopción de los Determinantes Sociales de Salud, sobre el pilar de salud del Índice Departamental de Competitividad en Santander y Antioquia. De esta manera, mediante dos bases de datos, inversiones en programas y proyectos del POAI, y resultados del pilar de salud del IDC para Santander y Antioquia, se realiza un análisis comparativo para identificar las acciones dirigidas a las dimensiones que establece el PDSP por parte de un departamento en comparación con el otro, y como esto, tuvo repercusión en los resultados del pilar salud utilizado para medir condiciones básicas de competitividad en Colombia.

Para concluir, se identifican tres maneras en las cuales influyo la adopción del PDSP por parte de un departamento frente a otro.

Primero, la *forma de adopción*. Esto hace referencia a la forma en que cada departamento adopto el PDSP, y priorizo la inversión de unas dimensiones por encima de otras. Es decir, se establece una relación existente entre los propósitos de cada dimensión con los resultados de los indicadores de IDC, lo cual explica mejores resultados de acuerdo a las inversiones más altas en cada dimensión. A partir de esto, se observa que para el periodo 2012- 2017, las dimensiones con mayor destino de recursos para Santander y Antioquia fueron las dimensiones Transversales. Sin embargo, Santander invierte más recursos en la dimensión de *Gestión Diferencial de las poblaciones Vulnerables*, mientras que Antioquia invierte más en el *Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión en salud*. Por su parte, entre las dimensiones prioritarias se observa para Santander, mayor destino de recursos a las dimensiones *Vida saludable y enfermedades transmisibles*, *Vida saludable y condiciones no transmisibles*, mientras que las otras dimensiones presenta una inversión promedio. Por su parte, se destaca la inversión de Antioquia para las dimensiones prioritarias *Vida saludable y enfermedades transmisibles*, *Vida saludable y condiciones no transmisibles* y *Salud ambiental* por encima de las demás dimensiones, las cuales mantienen un nivel de inversión muy bajo. Esta *forma de adopción* por parte de cada departamento influyo en el pilar de salud del IDC, en la medida en que estas dimensiones guardan relación con los subpilares, *Cobertura*, *Primera infancia*, y *Calidad*.

La segunda manera en la que influyo la adopción de los determinantes por parte de un departamento frente a otro, fue en el *manejo de recursos*, debido a que durante el periodo 2012-2017 la inversión total en salud de Santander aumenta drásticamente y aun así, esta inversión no se refleja en los resultados del pilar de salud del IDC, a diferencia del departamento de

Antioquia, para el cual la inversión en el sector salud no varía significativamente de un año a otro y aun así, presenta resultados muy favorables en el pilar salud del IDC, inclusive para los dos últimos años donde la inversión total disminuye de manera leve. Este *manejo de recursos*, se considera un factor que influyó en la evolución del pilar salud del IDC, debido a que, por un lado, Antioquia presenta una inversión constante en cada dimensión, así como una secuencia estable de recursos para programas durante el periodo de estudio donde se destaca la evolución ascendente de cinco de diez dimensiones con inversiones consecutivas durante el periodo de estudio. Mientras que Santander, presenta una inversión muy inestable y muy inconsistente en las inversiones de un año a otro, durante el periodo de estudio los montos presentan variaciones drásticas lo que presume una inconsistencia en el funcionamiento del plan, donde se destaca la evolución favorable de tan solo dos de diez dimensiones con inversiones consecutivas crecientes en el periodo de estudio.

Finalmente, la tercera manera en la que influyó la adopción de los determinantes por parte de un departamento frente a otro, fue en la *Distribución priorizada* de inversión, debido a que se observa, para el departamento de Antioquia, una priorización de recursos de acuerdo a los subpilares del IDC, contrario al departamento de Santander. Es decir:

Se indica que, para Santander, existe un incremento significativo en la inversión para el sector salud en los últimos años, sin embargo, el departamento presenta una evolución negativa en el pilar de salud del IDC, específicamente en los subpilares *calidad* y *primera infancia*. Esto se explica por una evolución negativa en dimensiones como Vida saludable y enfermedades transmisibles, y Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles que afectaron el subpilar de *Calidad* en salud. Así mismo, la disminución de recursos para proyectos de Fortalecimiento y Prevención referentes a la salud infantil en los últimos años, explica el resultado negativo en el

subpilar de *Primera Infancia* pese a una mayor inversión en la dimensión de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables. De igual manera, una evolución negativa en la inversión de las dimensiones, Sexualidad y Derechos Reproductivos, y Vida Saludable y Seguridad Alimentaria, explica la disminución de recursos en proyectos para resolver la mortalidad infantil. Por último, se debe destacar la inversión por parte de Santander en la dimensión Transversal de Fortalecimiento a la Autoridad Sanitaria para la Gestión en Salud, lo que se traduce en una evolución positiva en el subpilar de *Cobertura*, teniendo en cuenta que se desarrollaron proyectos de construcción, remodelación y adecuaciones en hospitales, puestos de salud y sedes en el departamento de Santander. Así mismo, se realizaron inversiones significativas en dotaciones a salas, ambulancias, y fortalecimiento de la infraestructura física de la red hospitalaria, LDSP (laboratorio de salud pública), acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y fortalecimiento al flujo de recursos mediante auditoría.

Por su parte, se indica que, el departamento de Antioquia, mantiene una inversión constante en la inversión para el sector salud en los últimos años, sin embargo, el departamento presenta una evolución positiva en el pilar de salud del IDC en todos los subpilares, especialmente en *cobertura y primera infancia*. Esto se explica por inversiones importantes en programas de Fortalecimiento a la Autoridad Sanitaria para la Gestión en Salud, que se traducen en evoluciones positivas en subpilar de *Cobertura*, así mismo, una inversión alta y sostenida en la dimensión de Salud Ambiental y la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles permite al departamento mantener un buen nivel de *Calidad*, pese a una disminución de recursos para la dimensión Vida Saludable Y Condiciones no Transmisibles. En cuanto a la evolución descendente por parte de la dimensión de Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables, que presenta una relación inversa entre esta y el subpilar de *Primera Infancia*, se explica porque

el descenso de inversión para esta dimensión en los dos últimos años fue por la disminución de recursos en la inversión de programas para la atención en salud de la población pobre y vulnerable del departamento, es decir, los recursos destinados a la primera infancia no presentan alteraciones negativas, si no por el contrario, se destaca que uno de los montos de inversión más altos estuvo dirigidos a la primera infancia con programas como, Desarrollo Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes, Estrategia Escuela Saludable –EES y Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI, los cuales perduran durante todo el periodo de estudio con inversiones constantes y crecientes. Así mismo, se observa una evolución positiva en la dimensión Sexualidad y derechos reproductivos, con programas dirigidos a proteger la primera infancia y reducir la mortalidad infantil.

Para finalizar, se recalca la influencia que ejercer la acción frente a los DSS en el pilar de salud del IDC, teniendo en cuenta que la inversión de Santander aumenta drásticamente pero no se reflejan resultados positivos, porque mayor parte de esta inversión estuvo dirigida a la construcción de obras y aumento de capital fijo para hospitales y centros de salud principalmente, disminuyendo recursos para las dimensiones relacionadas con la primera infancia y la calidad en salud.

## **6. Recomendaciones**

Se recomienda para Santander, identificar las necesidades del departamento en materia de salud, para distribuir de manera eficiente los recursos por dimensiones según el Plan Decenal de

Salud Pública, considerando el aumento en la inversión en salud para los últimos años y los resultados negativos en el pilar de salud del IDC.

Se recomienda para Santander, tener en cuenta la necesidad de invertir en dimensiones prioritarias dirigidas a contribuir con los subpilares, Primera Infancia y Calidad, ya que el departamento mejora en aspectos como Cobertura en salud y sin embargo mantiene niveles preocupantes en protección integral a la primera infancia y esperanza de vida al nacer.

Durante la investigación, se identifica una inconsistencia por parte de las directivas de salud del departamento en cuanto a la secuencia y constancia en la inversión de los programas y proyectos del PDSP desarrollados en cada periodo administrativo, se recomienda mantener orden y control sobre la adopción del Plan Decenal de Salud Pública, ya que este, no se hace evidente en los informes del POAI y por tanto en la evolución de cada dimensión.

**Referencias bibliográficas**

- Calderon, G., & Castaño, G. (2005). *Investigacion en Administracion en America Latina*. Manizales: Edigraficas.
- Carmora, Z., & Parra, D. (2015). *Determinantes Sociales de Salud: Un analisis desde el contexto Colombiano*. Salud Uninorte, 608-620.
- CDSS. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes Sociales de la salud*. Obtenido de [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
- Consejo Privado de Competitividad. (2013-2017). *Informes, Índice Departamental de Competitividad (IDC)*. Obtenidos de: <https://compite.com.co/>.
- Deaton, A. (2015). *El gran escape*. Ciudad de Mexico: Fondo de cultura economica.
- Fortune, K. (2015). *Salud en todas las politicas*. Mexico.
- Gonzales, E. (2012). *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos*. Revista de direccion para la informacion en salud, 15.
- Gobernación de Santander. (2012-2017). *Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI)*. Obtenidos de: <http://www.santander.gov.co/index.php/gobernacion/documentacion/category/98-plan-operativo-anual-de-inversiones>
- Gobernación de Antioquia. (2012-2017). *Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI)*. Obtenidos de: [https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=6:plan-operativo-anual-de-inversiones&Itemid=109](https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&id=6:plan-operativo-anual-de-inversiones&Itemid=109)

Martorell, B., Herrera, C., & Ferrelli, R. (2015). *Equidad En Salud Desde Un Enfoque De Determinantes Sociales*. Mexico.

MINSALUD. (2013). *Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*. Bogota. Obtenido de Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-sexualidad.aspx>.

MINSALUD. (9 de 2013). *Dimensión Convivencia Social y Salud Mental*. Bogota. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-convivencia-social.aspx>.

MINSALUD. (2013). *Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables*. Bogota. Obtenido de Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-gestion-diferencial.aspx>.

MINSALUD. (2013). *Dimensión salud pública en emergencias y desastres*. Bogota. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-emergencias-desastres.aspx>.

MINSALUD. (2013). *Dimensión salud y ámbito laboral*. Bogota. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-ambito-laboral.aspx>.

MINSALUD. (9 de 2013). *Dimensión seguridad alimentaria y nutricional*. Bogota. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-seguridadalimentariaynutricional.pdf>

MINSALUD. (2013). *Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles*. Bogota. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-condiciones-transmisibles.aspx>.

- MINSALUD. (2013). *Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud*. Bogota. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-autoridad-sanitaria.aspx>
- MINSALUD. (2013). *Vida saludable y enfermedades transmisibles*. Bogota. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-enfermedades-transmisibles.aspx>.
- MINSALUD. (09 de 2018). *Dimension Salud ambiental*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/dimension-ambiental.aspx>
- MINSALUD. (09 de 2018). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planes-territoriales-de-salud.aspx>.
- MINSALUD. (09 de 2018). *Plan Decenal de Salud publica*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.
- Observatorio de Salud Publica de Santander. (2014). *Analisis de situacion de salud de Santander*. Revista del Observatorio de Salud publica de Santander, 59-65.
- OMS. (2007). *Comision sobre los determinantes sociales de salud*.
- OMS. (07 de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>
- OPS. (2018). *Salud en las Americas*. Obtenido de [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=310&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es)
- Ospina, M., Rivillas, J., Montaña, J., & Colonia, F. (2015). *Avances En La Toma De Decisiones* . Mexico.

- Parada, D. (2017). *Determinantes sociales y logro académico de escolares del municipio de cucuta*. . Avances en enfermería, 42-52.
- PNUD. (2018). *Informe Nacional de Desarrollo Humano* . Guatemala.
- PNUD. (2018). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Ruocco, H., Mendez, F., & Toledo, A. (2015). *Equidad En Salud Desde Un Enfoque De Determinantes Sociales* . Uruguay: Rita Ferrelli.
- Sen, A. (2002). *¿Porque la equidad en Salud?* Obtenido de SciELO Revista Panamericana de Salud publica: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/>
- UNESCO. (2017). *Organizacion de las Naciones Unidas para la Educacion la Ciencia y la Cultura*. Obtenido de <http://www.unesco.org/new/es/culture/achieving-the-millennium-development-goals/mdgs/>
- Villar, E. (2015). *Equidad En Salud Desde Un Enfoque De Determinantes Sociales*. Mexico: OMS.

Anexos

Anexo A. Plan Operativo Anual de Inversiones Santander 2012-2017.

| D<br>IMEN<br>SION<br>ES<br>PRIO<br>RITA<br>RIAS | POAI SANTANDER   |                         |   |                       |                            |                       |  |                       |   |                       |   |                 |
|---|--|-------------------------|---|-----------------------|----------------------------|-----------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|---|-----------------|
|   | 20<br>12   | INV<br>ERSION           | 2<br>013  | INV<br>ERSION         | 2<br>014                   | INV<br>ERSION         | 20<br>15   | INVE<br>RSION         | 2<br>016  | INV<br>ERSION         | 2<br>017  | INV<br>ERSION   |
|   | PR<br>OGRA<br>MAS  |                         | P<br>ROGR<br>AMAS   |                       | P<br>ROGR<br>AMAS          |                       | PR<br>OGRA<br>MAS  |                       | P<br>ROGR<br>AMAS   |                       | P<br>ROGR<br>AMAS   |                 |
| S<br>alud<br>ambi<br>ental                      | Fo<br>rtaleci<br>mient<br>o de<br>la<br>inspec<br>ción,<br>vigilan<br>cia y<br>contr<br>ol de<br>las<br>comp<br>etenci<br>as en<br>salud<br>ambie<br>ntal<br>en el<br>depar<br>tamen<br>to de<br>Santa<br>nder | \$<br>3.076.4<br>70.000 | D<br>esarr<br>ollo,<br>agua<br>potab<br>le y<br>sanea<br>mient<br>o<br>básico | \$<br>128.25<br>2.000 | S<br>alud<br>ambi<br>ental | \$<br>386.00<br>0.000 | Fo<br>rtaleci<br>mient<br>o de<br>inspec<br>ción<br>vigilan<br>cia y<br>contro<br>l de<br>las<br>comp<br>etenci<br>as en<br>salud<br>ambie<br>ntal | \$<br>218.000.<br>000 | S<br>antan<br>der<br>con<br>Entor<br>nos<br>Salud<br>ables<br>por<br>un<br>Desar<br>rollo<br>Soste<br>nible | \$<br>4.683.0<br>41   | D<br>esarr<br>ollo,<br>agua<br>pota<br>ble y<br>sanea<br>mie<br>nto<br>básic<br>o | 267<br>000000   |
|   |  |                         | Sa<br>lud<br>ambie<br>ntal II   | \$<br>660.73<br>5.956 |                            |                       | De<br>sarroll<br>o,<br>agua<br>potabl<br>e y<br>sanea<br>mient<br>o<br>básico  | \$<br>200.000.<br>000 |   |                       | a<br>gua<br>para<br>la<br>salud<br>y<br>asiste<br>ncia                            | 300<br>00000    |
|   | T<br>OTAL  | \$<br>3.076.4<br>70.000 | T<br>OTAL   | \$<br>788.98<br>7.956 | T<br>OTAL                  | \$<br>386.00<br>0.000 | TO<br>TAL  | \$<br>418.000.<br>000 | T<br>OTAL   | \$<br>468.304<br>.110 | T<br>OTAL   | 297.000<br>.000 |

|        |         |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |
|--------|---------|--------|------|---------|------|--------|-------|----------|--------|---------|-------|---------|
| C      | pr      | \$     | sa   | \$      | s    | \$     | sal   | \$       | s      | \$      | S     | \$      |
| onviv  | omoci   | 716.00 | lud  | 1.406.7 | alud | 680.00 | ud    | 370.000. | alud   | 495.000 | antan | 50.000. |
| encia  | ón de   | 0.000  | ment | 75.000  | ment | 0.000  | menta | 000      | mental | .000    | der   | 000     |
| social | salud   |        | al   |         | al   |        | l     |          | al     |         | libre |         |
| y      | menta   |        |      |         |      |        |       |          |        |         | de    |         |
| salud  | l y     |        |      |         |      |        |       |          |        |         | droga |         |
| ment   | preve   |        |      |         |      |        |       |          |        |         | s     |         |
| al     | nción   |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |
|        | del     |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |
|        | consu   |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |
|        | mo de   |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |
|        | sustan  |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |
|        | cias    |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |
|        | psicoa  |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |
|        | ctivas. |        |      |         |      |        |       |          |        |         |       |         |

|  |  |  |       |        |  |         |          |  |  |  |  |  |
|--|--|--|-------|--------|--|---------|----------|--|--|--|--|--|
|  |  |  | Sa    | \$     |  | ap      | \$       |  |  |  |  |  |
|  |  |  | lud   | 960.00 |  | oyo     | 861.000. |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ment  | 0.000  |  | en      | 000      |  |  |  |  |  |
|  |  |  | al II |        |  | temas   |          |  |  |  |  |  |
|  |  |  |       |        |  | de      |          |  |  |  |  |  |
|  |  |  |       |        |  | partici |          |  |  |  |  |  |
|  |  |  |       |        |  | pación  |          |  |  |  |  |  |
|  |  |  |       |        |  | social  |          |  |  |  |  |  |
|  |  |  |       |        |  | y       |          |  |  |  |  |  |
|  |  |  |       |        |  | contro  |          |  |  |  |  |  |
|  |  |  |       |        |  | l       |          |  |  |  |  |  |
|  |  |  |       |        |  | social  |          |  |  |  |  |  |

|  |  |  |        |        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | Sa     | \$     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | lud    | 509.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ment   | 0.000  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | al III |        |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |      |        |      |         |      |        |     |          |      |         |      |         |
|--|------|--------|------|---------|------|--------|-----|----------|------|---------|------|---------|
|  | T    | \$     | T    | \$      | T    | \$     | TO  | \$       | T    | \$      | T    | \$      |
|  | OTAL | 716.00 | OTAL | 2.875.7 | OTAL | 680.00 | TAL | 1.231.00 | OTAL | 495.000 | OTAL | 50.000. |
|  |      | 0.000  |      | 75.000  |      | 0.000  |     | 0.000    |      | .000    |      | 000     |

|       |         |        |        |        |        |        |         |          |       |         |       |   |
|-------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|----------|-------|---------|-------|---|
| S     | fo      | \$     | N      | \$     | N      | \$     | Fo      | \$       | S     | \$      | S     | 0 |
| eguri | rtaleci | 566.00 | utrici | 580.00 | utrici | 540.00 | rtaleci | 14.000.0 | antan | 518.000 | antan |   |
| dad   | mient   | 0.000  | ón     | 0.000  | ón     | 0.000  | mient   | 00       | der   | .000    | der   |   |
| alime | o de    |        |        |        |        |        | o       |          | Unid  |         | Unid  |   |
| ntari | las     |        |        |        |        |        | seguri  |          | o y   |         | o y   |   |
| a y   | accion  |        |        |        |        |        | dad     |          | Mejo  |         | Mejo  |   |
| nutri | es de   |        |        |        |        |        | alime   |          | r     |         | r     |   |
| ciona | seguri  |        |        |        |        |        | ntaria  |          | Alime |         | Alime |   |
| l     | dad     |        |        |        |        |        | y       |          | ntad  |         | ntad  |   |
|       | alime   |        |        |        |        |        | nutrici |          | o     |         | o     |   |
|       | ntaria  |        |        |        |        |        | onal    |          |       |         |       |   |
|       | y       |        |        |        |        |        |         |          |       |         |       |   |
|       | nutrici |        |        |        |        |        |         |          |       |         |       |   |
|       | onal    |        |        |        |        |        |         |          |       |         |       |   |

|  |  |  |        |        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | N      | \$     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | utrici | 474.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ón II  | 0.000  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |      |        |      |         |      |        |     |          |      |         |      |   |
|--|------|--------|------|---------|------|--------|-----|----------|------|---------|------|---|
|  | T    | \$     | T    | \$      | T    | \$     | TO  | \$       | T    | \$      | T    | 0 |
|  | OTAL | 566.00 | OTAL | 1.054.0 | OTAL | 540.00 | TAL | 14.000.0 | OTAL | 518.000 | OTAL |   |
|  |      | 0.000  |      | 00.000  |      | 0.000  |     | 00       |      | .000    |      |   |

|  |  |               |  |               |                            |                |  |             |  |                |                            |               |
|--|--|---------------|--|---------------|----------------------------|----------------|--|-------------|--|----------------|----------------------------|---------------|
| Sexualidad y derechos sexuales reproductivos                   | Fo   | \$            | Sa   | \$            | S                          | \$             | Sa   | \$          | S  | \$             | S                          | \$            |
|  | rtalecimiento de las acciones en salud sexual y reproductiva   | 976.012.107   | lud sexual y reproductiva                                | 1.344.590.000 | alud sexual y reproductiva | 683.590.000    | lud sexual y reproductiva  | 423.580.000 | alud sexual y reproductiva   | 495.300.000,00 | alud sexual y reproductiva | 699.500.000   |
|  | OTAL   | 976.012.107   | OTAL   | 1.344.590.000 | OTAL                       | 683.590.000    | OTAL   | 423.580.000 | OTAL   | 495.300.000,00 | OTAL                       | 699.500.000   |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles                    | Fo   | \$            | C  | \$            | E                          | \$             | Ap   | \$          | U  | \$             | T                          | \$            |
|  | rtalecimiento de la gestión integrada para la vigilancia, promoción, prevención y control de las ETV | 2.295.000.000 | ontrolar las Enfermedades Transmisibles por Vector (ETV) | 566.720.000   | TV                         | 344.590.000,00 | oyo a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas o transmisibles | 149.300.000 | nidos por una vida Saludable sin Exposición y Vulnerabilidad a Eventos Transmisibles | 2.022.062.722  | B                          | 1.572.945.800 |
|  | Co   | \$            | Le   | \$            | L                          | \$             | ET   | \$          |  |                |                            |               |
| ontrol y seguimiento de la tuberculosis y eliminación de lepra | 850.000.000  | pra           | 50.000.000   | epara         | 218.000.000                | V              | 51.107.000   |             |  |                |                            |               |



|  |                  |                              |                  |   |                  |  |                  |
|--|------------------|------------------------------|------------------|---|------------------|--|------------------|
| Desarrollo estratégico Santander quiere  | \$ 1.829.150.000 | Salud bucal II               | \$ 266.000.000   | Desarrollo estratégico Santander quiere   | \$ 2.238.500.000 | Desarrollo estratégico Santander quiere  | \$ 2.500.000.000 |
| Fortalecimiento en la gestión en la regional 4 de la red nacional de donación y trasplantes. | \$ 50.000.000    | Crónicas                     | \$ 5.958.000.000 | Cronicas  | 127 0000000      | promoción de acciones de envejecimiento en el dpto                             | \$ 297.000.000   |
| fortalecimiento de medicina en el departamento de Santander.                                 | \$ 1.500.000.000 | Vigilancia de salud pública) | \$ 1.720.730.000 | Fortalecimiento en la gestión en la regional 4 de la red nacional de donación y trasplantes | \$ 150.000.000   | Fortalecimiento en la regional 4 de la red nacional de donación y trasplantes. | \$ 150.000.000   |
| Mejoraamiento de la salud bucal  | \$ 326.205.886   |                              |                  | Vigilancia de salud pública)  | \$ 950.000.000   | VS Vigilancia de salud pública)  | \$ 787.020.000   |
| Fortalecimiento del sistema de   | \$ 1.012.610.000 |                              |                  | vigilancia y asistencia técnica   | \$ 110.000.000   |  |                  |

vigilancia en salud pública

ca al servicio de atención la comunidad

Fo  
rtaleci  
mient  
o del  
labora  
torio  
depar  
tamen  
tal de  
salud  
públic  
a

|       |                  |       |                  |       |                  |           |                  |       |                |       |                  |
|-------|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-----------|------------------|-------|----------------|-------|------------------|
| TOTAL | \$ 7.678.615.886 | TOTAL | \$ 8.099.730.000 | TOTAL | \$ 5.247.500.000 | TO<br>TAL | \$ 3.838.820.000 | TOTAL | \$ 101.119.800 | TOTAL | \$ 1.122.700.000 |
|-------|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-----------|------------------|-------|----------------|-------|------------------|

S  
alud  
y  
ámbi  
to  
labor  
al

|  |               |  |                |  |                |  |                |
|--|---------------|--|----------------|--|----------------|--|----------------|
| Vi<br>gilanci<br>a y<br>Contr<br>ol de<br>Riesgo<br>s<br>Profes<br>ionale<br>s | \$ 50.000.000 | vi<br>gilanci<br>a y<br>contr<br>ol del<br>siste<br>ma<br>de<br>riesg<br>os<br>profe<br>sional<br>es | \$ 339.600.000 | vig<br>ilancia<br>y<br>contro<br>l del<br>Sistem<br>a de<br>Riesgo<br>s<br>Profes<br>ionale<br>s | \$ 826.000.000 | U<br>nidos<br>por<br>un<br>Entor<br>no<br>Labor<br>al<br>Salud<br>able | \$ 228.970.000 |
|--|---------------|--|----------------|--|----------------|--|----------------|

|       |               |       |      |       |                |           |                |       |                |       |      |
|-------|---------------|-------|------|-------|----------------|-----------|----------------|-------|----------------|-------|------|
| TOTAL | \$ 50.000.000 | TOTAL | \$ - | TOTAL | \$ 339.600.000 | TO<br>TAL | \$ 826.000.000 | TOTAL | \$ 228.970.000 | TOTAL | \$ - |
|-------|---------------|-------|------|-------|----------------|-----------|----------------|-------|----------------|-------|------|

D  
imen  
sión  
gesti  
ón  
difer  
encia  
l de  
las  
pobla  
cione  
s  
vulne  
rable  
s

|  |                   |                           |                  |   |                   |                           |                  |  |                |  |                   |
|--|-------------------|---------------------------|------------------|---|-------------------|---------------------------|------------------|--|----------------|--|-------------------|
| M<br>anten<br>mient<br>o y<br>sosten<br>ibilida<br>d en<br>el<br>asegu<br>ramie<br>nto de<br>la<br>pobla<br>ción<br>pobre<br>y<br>vulner<br>able | \$ 32.082.099.967 | Sa<br>lud<br>Infant<br>il | \$ 1.544.992.000 | M<br>anten<br>mient<br>o y<br>soste<br>nibili<br>dad<br>del<br>asegu<br>ramie<br>nto<br>en<br>salud<br>para<br>la<br>pobla<br>ción<br>pobr<br>e y | \$ 37.200.780.000 | Sa<br>lud<br>infanti<br>l | \$ 1.123.800.000 | M<br>ante<br>nimie<br>nto y<br>soste<br>nibili<br>dad<br>del<br>aseg<br>uram<br>iento<br>en<br>salud<br>para<br>la<br>pobla<br>ción<br>pobr<br>e y | \$ 901.056.786 | A<br>siste<br>ncia<br>a la<br>pobla<br>ción<br>pobr<br>e no<br>aseg<br>urada<br>y la<br>pobla<br>ción<br>pobr<br>e<br>aseg<br>urada<br>al<br>régim | \$ 85.000.000.000 |
|--|-------------------|---------------------------|------------------|---|-------------------|---------------------------|------------------|--|----------------|--|-------------------|

vulnerable vulnerable en subsidiado en lo no cubierto por el POS

| Fo   | \$              | fo   | \$              | im   | \$              | A   | \$                 | f   | \$              |
|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|---|--------------------|---|-----------------|
| rtaleci<br>mient<br>o<br>estrat<br>egia<br>AIEPI<br>enfoq<br>ue<br>difere<br>ncial<br>etnico<br>-<br>cultur<br>al. | 313.59<br>0.000 | rtalec<br>imien<br>to en<br>la<br>atenc<br>ion a<br>la<br>pobla<br>cion<br>con<br>disca<br>pacid<br>ad | 336.37<br>1.300 | pleme<br>ntacio<br>n fase<br>III del<br>progra<br>ma de<br>atenci<br>on<br>psicos<br>ocial y<br>salud<br>integr<br>al a<br>victim<br>as del<br>conflic<br>to<br>armad<br>o | 124.675.<br>000 | siste<br>ncia<br>a la<br>pobla<br>cion<br>pobr<br>e no<br>aseg<br>urada<br>y la<br>pobla<br>cion<br>pobr<br>e<br>aseg<br>urada<br>al<br>regim<br>en<br>subsidiado<br>en lo<br>no<br>cubie<br>rto<br>por el<br>POS | 89.767.<br>825.072 | ortal<br>ecimi<br>ento<br>en la<br>atenc<br>ion a<br>la<br>pobla<br>cion<br>con<br>disca<br>pacid<br>ad | 197.000<br>.000 |

| Fo  | \$                | A   | \$                     | As   | \$                 | E   | \$              |
|---|-------------------|---|------------------------|--|--------------------|---|-----------------|
| rtaleci<br>mient<br>o en<br>la<br>atenci<br>on y<br>rehabi<br>litacio<br>n a la<br>poblla<br>cion<br>en<br>situaci<br>on de | 1.522.0<br>00.000 | sisten<br>cia a<br>la<br>pobla<br>cion<br>pobr<br>e no<br>asegu<br>rada<br>y la<br>pobla<br>cion<br>pobr<br>e | 46.718.<br>533.16<br>9 | istenci<br>a a la<br>poblac<br>ion<br>pobre<br>no<br>asegur<br>ada y<br>la<br>poblac<br>ion<br>pobre<br>asegur<br>ada al | 99.079.5<br>90.000 | TNIA,<br>DISC<br>APAC<br>IDAD,<br>GÉNE<br>RO,<br>NIÑE<br>Z,<br>ADOL<br>ESCE<br>NCIA,<br>PERS<br>ONAS<br>MAY | 500.000<br>.000 |



| F  | Fo   | \$                | L   | \$                | U   | \$              | fo   | \$              | L  | \$                 | F  | \$                 |
|--|--|-------------------|---|-------------------|---|-----------------|--|-----------------|--|--------------------|--|--------------------|
| ortal<br>ecimi<br>ento<br>de la<br>Auto<br>ridad<br>Sanit<br>aria<br>para<br>la<br>gesti<br>ón<br>de la<br>salud | rtaleci<br>mient<br>o al<br>sistem<br>a de<br>inspec<br>ción,<br>vigilan<br>cia y<br>contr<br>ol del<br>asegu<br>ramie<br>nto y<br>la<br>presta<br>ción<br>de<br>servici<br>os de<br>salud | 1.297.0<br>00.000 | DSP<br>(labor<br>atorio<br>de<br>Salud<br>Públic<br>a)<br>Accio<br>nes<br>de<br>vigila<br>ncia<br>en<br>salud<br>y<br>gestió<br>n del<br>conoc<br>imien<br>to | 1.820.4<br>40.909 | niver<br>salida<br>d u y<br>nivela<br>cion,<br>un<br>derec<br>ho de<br>todos<br>, un<br>solo<br>ciuda<br>dano | 140.00<br>0.000 | rtaleci<br>mient<br>o de<br>activid<br>ades<br>de<br>gestio<br>n | 517.300.<br>000 | a<br>Autor<br>idad<br>Sanit<br>aria<br>Gara<br>nte<br>de la<br>Salud<br>Integ<br>ral de<br>la<br>Ciuda<br>danía<br>Santa<br>nder<br>eana | 72.346.<br>190.019 | ortal<br>ecimi<br>ento<br>del<br>Siste<br>ma<br>de<br>Infor<br>maci<br>on e<br>Inspe<br>ccion<br>,<br>Vigila<br>ncia y<br>Contr<br>ol en<br>Habili<br>tacio<br>n | 88.845.<br>889.551 |

| Fo  | \$                |
|---|-------------------|
| rtaleci<br>mient<br>o d<br>ela<br>infrae<br>struct<br>ura<br>fisica<br>de la<br>red<br>hospit<br>alaria | 4.727.6<br>73.082 |

| F  | \$                | ap   | \$            |
|--|-------------------|--|---------------|
| ortale<br>cimie<br>nto al<br>siste<br>ma<br>de<br>inspe<br>cción,<br>vigila<br>ncia y<br>contr<br>ol del<br>asegu<br>ramie<br>nto y<br>la<br>presta<br>ción<br>de<br>servic<br>ios de<br>salud | 3.053.0<br>40.000 | oyo al<br>fortale<br>cimien<br>to<br>institu<br>cional<br>para<br>vigilan<br>cia y<br>asiste<br>ncia<br>tecnic<br>a al<br>servici<br>o de<br>atenci<br>on a la<br>comu<br>nidd y<br>accion<br>es de<br>promo<br>cion<br>social | 1.419.00<br>0 |

| fo  | \$              | L   | \$                | C   | \$                     | Co  | \$                 |
|---|-----------------|---|-------------------|---|------------------------|---|--------------------|
| rtaleci<br>mient<br>o<br>institu<br>cional<br>para<br>la<br>acredi<br>tacion<br>del | 100.00<br>0.000 | DSP II<br>(labor<br>atorio<br>de<br>Salud<br>Públic<br>a)<br>Accio<br>nes<br>de | 1.155.8<br>90.000 | onstr<br>uccio<br>n,<br>remo<br>delaci<br>on y<br>adecu<br>uacio<br>nes<br>en | 38.172.<br>411.90<br>0 | nstruc<br>cion,<br>remod<br>elacio<br>n y<br>adecu<br>acione<br>s en<br>hospit<br>ales, | 55.380.0<br>00.000 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| sistema de IVC de la secretaria de salud | vigilancia en salud y gestión del conocimiento | hospitales, puestos de salud y sedes en el departamento de Santander | puestos de salud y sedes en el departamento de Santander |
|--|--|--|--|

| fo   | \$            | fo                                      | \$            | L  | \$            | LD  | \$          |
|--|---------------|---|---------------|--|---------------|---|-------------|
| rtalecimiento de la infraestructura tecnológica de la red hospitalaria | 1.200.000.000 | rtalecimiento de actividades de gestión | 3.674.424.155 | DSP II (laboratorio de Salud Pública) Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento | 1.416.440.000 | SP II (laboratorio de Salud Pública) Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento | 133.400.000 |

| fo  | \$            | A   | \$          | A   | \$         |
|---|---------------|---|-------------|---|------------|
| rtalecimiento de las actividades de gestión del plan nacional de salud pública en el marco de la estrategia de atención | 2.284.000.000 | Apoio comunitario en participación social dirigida a la población general y especial, y apoyo en lineamientos | 136.154.000 | NÁLISIS, DISEÑO, DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA MAESTRO DE INFORMACIÓN-SMILEN EL | 18.440.000 |

on  
prima  
ria en  
salud  
en el  
depar  
tamen  
to de  
Santa  
nder

para  
dar  
conti  
nuida  
d a la  
evalu  
acion  
de las  
accio  
nes  
en el  
marc  
o de  
la  
salud

DEPA  
RTAM  
ENTO  
DE  
SANT  
ANDE  
R

| Di      | \$     | D      | \$      | Do      | \$       |
|---------|--------|--------|---------|---------|----------|
| señar   | 160.00 | otaci  | 7.724.0 | tacion  | 3.653.60 |
| un      | 0.000  | ones   | 00.000  | es a    | 0.000    |
| model   |        | a      |         | salas,  |          |
| o de    |        | salas, |         | ambu    |          |
| redes   |        | ambu   |         | ancias  |          |
| integr  |        | lancia |         | , y     |          |
| adas    |        | s, y   |         | fortale |          |
| de      |        | fortal |         | cimien  |          |
| servici |        | ecimi  |         | to al   |          |
| os de   |        | ento   |         | sistem  |          |
| slaud   |        | al     |         | a de    |          |
| para    |        | siste  |         | refere  |          |
| el      |        | ma     |         | ncias   |          |
| depar   |        | de     |         |         |          |
| tamen   |        | refer  |         |         |          |
| to de   |        | encia  |         |         |          |
| Santa   |        | s      |         |         |          |
| nder    |        |        |         |         |          |

F  
ortale  
cimie  
nto  
instit  
ucion  
al del  
siste  
ma  
de  
inspe  
ccion,  
vigila  
nia y  
contr  
ol del  
asegu  
ramie  
nto y  
la  
prest  
aion  
de  
servic

\$  
2.868.6  
00.000

Fo  
rtaleci  
mient  
o  
instit  
ucional  
del  
sistem  
a de  
inspec  
cion,  
vigilan  
ia y  
contro  
l del  
asegur  
amien  
to y la  
presta  
ion de  
servici  
os de  
las  
intituc

\$  
21.000.0  
00



|                            |  |                          |   |                          |  |                              |                     |                              |                     |                              |                        |                              |
|----------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--|------------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|
| S<br>alud<br>ambi<br>ental | Fo   | \$                       | Accio   | \$                       | Ac   | \$                           | Sal                 | \$                           | Sal                 | \$                           | \$                     |                              |
|                            | rtaleci<br>mient<br>o del<br>progra<br>ma<br>amplia<br>do de<br>inmun<br>izacio<br>nes en<br>sus<br>comp<br>onent<br>es de<br>vacun<br>ación<br>y<br>vigilan<br>cia<br>epide<br>miológ<br>ica, en<br>el<br>depart<br>ament<br>o de<br>Antioq<br>uia. | 597.000<br>.000          | nes de<br>preveni<br>ón de los<br>riesgos<br>(biológico<br>s,<br>sociales,<br>ambienta<br>les y<br>sanitarios   | 14.593.6<br>47.000       | ciones<br>de<br>preven<br>ción<br>de los<br>riesgos<br>(biológ<br>icos,<br>sociale<br>s,<br>ambie<br>ntales<br>y<br>sanitar<br>ios); | 14.29<br>6.939<br>.000       | ud<br>ambie<br>ntal | 16.04<br>1.442<br>.027       | ud<br>ambie<br>ntal | 16.50<br>0.211<br>.000       | Salud<br>ambie<br>ntal | 17.74<br>9.097<br>.000       |
|                            | Ac<br>ciones<br>de<br>preve<br>nción<br>de los<br>riesgo<br>s<br>(bioló<br>gicos,<br>sociale<br>s,<br>ambie<br>ntales<br>y<br>sanita<br>rios);   | \$<br>19.315.<br>375.000 | Preve<br>nción,<br>vigilancia<br>y control<br>de<br>infeccion<br>es<br>asociadas<br>a la<br>atención<br>en salud<br>y<br>resistenci<br>a<br>antimicro<br>biana, en<br>las<br>institucio<br>nes de<br>salud del<br>departam<br>entoprior<br>izados | \$<br>168.963.<br>000    |  |                              |                     |                              |                     |                              |                        |                              |
|                            | TO<br>TAL  | \$<br>19.912.<br>375.000 | TOTA<br>L   | \$<br>14.762.6<br>10.000 | TO<br>TAL  | \$<br>14.29<br>6.939<br>.000 | TO<br>TAL           | \$<br>16.04<br>1.442<br>.027 | TO<br>TAL           | \$<br>16.50<br>0.211<br>.000 | TOTAL                  | \$<br>17.74<br>9.097<br>.000 |

|        |         |         |           |          |        |       |        |       |        |       |        |       |
|--------|---------|---------|-----------|----------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| C      | Fo      | \$      | Fortal    | \$       | For    | \$    | Pr     | \$    | Pr     | \$    |        | \$    |
| onviv  | rtaleci | 3.085.0 | ecimient  | 2.929.38 | taleci | 1.662 | omoci  | 1.228 | omoci  | 2.762 | Promo  | 2.987 |
| encia  | mient   | 00.000  | o de los  | 8.000    | miento | .929. | ón de  | .677. | ón de  | .828. | ción   | .062. |
| social | o de    |         | actores   |          | de los | 000   | la     | 000   | la     | 000   | de la  | 000   |
| y      | los     |         | del       |          | actore |       | salud  |       | salud  |       | salud  |       |
| salud  | actore  |         | sistema   |          | s del  |       | mental |       | mental |       | mental |       |
| ment   | s del   |         | de        |          | sistem |       | y      |       | y      |       | y      |       |
| al     | a de    |         | seguridad |          | a de   |       | conviv |       | conviv |       | conviv |       |
|        | seguri  |         | social en |          | seguri |       | encia. |       | encia. |       | encia. |       |
|        | dad     |         | mental    |          | dad    |       |        |       |        |       |        |       |
|        | social  |         | en el     |          | sicial |       |        |       |        |       |        |       |
|        | en      |         | Departa   |          | en     |       |        |       |        |       |        |       |
|        | salud   |         | mento de  |          | salud  |       |        |       |        |       |        |       |
|        | menta   |         | Antioquia |          | mental |       |        |       |        |       |        |       |
|        | l en el |         | .         |          | en el  |       |        |       |        |       |        |       |
|        | Depar   |         |           |          | Depart |       |        |       |        |       |        |       |
|        | tamen   |         |           |          | ament  |       |        |       |        |       |        |       |
|        | to de   |         |           |          | o de   |       |        |       |        |       |        |       |
|        | Antioq  |         |           |          | Antioq |       |        |       |        |       |        |       |
|        | uia.    |         |           |          | uia.   |       |        |       |        |       |        |       |

|     |         |      |          |     |       |     |       |     |       |       |       |
|-----|---------|------|----------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-------|-------|
| TO  | \$      | TOTA | \$       | TO  | \$    | TO  | \$    | TO  | \$    | TOTAL | \$    |
| TAL | 3.085.0 | L    | 2.929.38 | TAL | 1.662 | TAL | 1.228 | TAL | 2.762 | TOTAL | 2.987 |
|     | 00.000  |      | 8.000    |     | .929. |     | .677. |     | .828. |       | .062. |
|     |         |      |          |     | 000   |     | 000   |     | 000   |       | 000   |

|       |  |  |            |          |         |       |        |       |        |    |        |       |
|-------|--|--|------------|----------|---------|-------|--------|-------|--------|----|--------|-------|
| S     |  |  | Vigila     | \$       | Vig     | \$    |        | \$    |        | \$ |        | \$    |
| eguri |  |  | ncia de la | 737.336. | ilancia | 904.6 | Inocui | 829.9 | Inocui | -  | Inocui | 432.7 |
| dad   |  |  | Calidad e  | 000      | de la   | 70.00 | dad y  | 09.20 | dad y  |    | dad y  | 78.00 |
| alime |  |  | Inocuidad  |          | Calida  | 0     | calida | 9     | calida |    | calida | 0     |
| ntari |  |  | de         |          | d e     |       | d de   |       | d de   |    | d de   |       |
| a y   |  |  | Alimento   |          | Inocui  |       | los    |       | los    |    | los    |       |
| nutri |  |  | s y        |          | dad de  |       | alimen |       | alimen |    | alimen |       |
| ciona |  |  | Bebidas    |          | Alimen  |       | tos.   |       | tos.   |    | tos.   |       |
| l     |  |  | en         |          | tos y   |       |        |       |        |    |        |       |
|       |  |  | Antioquia  |          | Bebida  |       |        |       |        |    |        |       |
|       |  |  |            |          | s en    |       |        |       |        |    |        |       |
|       |  |  |            |          | Antioq  |       |        |       |        |    |        |       |
|       |  |  |            |          | uia     |       |        |       |        |    |        |       |

|     |    |      |          |     |       |     |       |     |    |       |       |
|-----|----|------|----------|-----|-------|-----|-------|-----|----|-------|-------|
| TO  | \$ | TOTA | \$       | TO  | \$    | TO  | \$    | TO  | \$ | TOTAL | \$    |
| TAL | -  | L    | 737.336. | TAL | 904.6 | TAL | 829.9 | TAL | -  | TOTAL | 432.7 |
|     |    |      | 000      |     | 70.00 |     | 09.20 |     |    |       | 78.00 |
|     |    |      |          |     | 0     |     | 9     |     |    |       | 0     |

|       |         |         |           |          |         |       |        |       |        |       |        |      |
|-------|---------|---------|-----------|----------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|------|
| S     | vig     | \$      | fortal    | \$       | For     | \$    | Pr     | \$    | Pr     | \$    |        | \$   |
| exual | ilancia | 354.000 | ecimient  | 934.462. | taleci  | 1.409 | omoci  | 1.312 | omoci  | 941.6 | Promo  | 4048 |
| idad  | de la   | .000    | o de los  | 000      | miento  | .501. | ón de  | .442. | ón de  | 07.00 | ción   | 4000 |
| y     | salud   |         | servicios |          | de los  | 000   | los    | 000   | los    | 0     | de los |      |
| dere  | públic  |         | de salud  |          | servici |       | derech |       | derech |       | derech |      |
| chos  | a en    |         | sexual y  |          | os de   |       | os     |       | os     |       | os     |      |
| sexu  | los     |         | reproduct |          | salud   |       | sexual |       | sexual |       | sexual |      |
| ales  | aspect  |         | iva       |          | sexual  |       | es y   |       | es y   |       | es y   |      |
| repro | os      |         | Departa   |          | y       |       | reprod |       | reprod |       | reprod |      |
| ducti | relacio |         | mento de  |          | reprod  |       | uctivo |       | uctivo |       | uctivo |      |
| vos   | nados   |         | Antioquia |          | uctiva  |       | s y    |       | s y    |       | s y    |      |
|       | con la  |         | .         |          | Depart  |       | equida |       | equida |       | equida |      |
|       | salud   |         |           |          | ament   |       | d de   |       | d de   |       | d de   |      |
|       | sexual  |         |           |          | o de    |       | géner  |       | géner  |       | géner  |      |
|       | y       |         |           |          | Antioq  |       | o.     |       | o.     |       | o.     |      |
|       | reprod  |         |           |          | uia     |       |        |       |        |       |        |      |

uctiva

|   | TO  | \$               | TOTA   | \$                   | TO   | \$               | TO  | \$               | TO  | \$               | TOTAL   | \$               |
|---|---|------------------|--|----------------------|--|------------------|---|------------------|---|------------------|---|------------------|
|   | TAL   | 354.000.000      | L  | 934.462.000          | TAL  | 1.409.501.000    | TAL   | 1.312.442.000    | TAL   | 941.607.000      |   | 940.484.000      |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles | Prevención, vigilancia y control de infecciones   | \$ 400.000.000   | Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento | \$ 56.606.453.390    | Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento | \$ 2.949.549.000 | Enfermedades inmunoprevenibles.                                 | \$ 8.676.323.653 | Enfermedades inmunoprevenibles.                                 | \$ 8.132.544.000 | Enfermedades inmunoprevenibles.                                 | \$ 8.785.210.000 |
|   |   | \$ 955.000.000   |  |                      |  |                  |   |                  |   |                  |   |                  |
|   |   | \$ 1.355.000.000 |  | \$ 56.606.453.390,00 |  | \$ 2.949.549.000 |   | \$ 8.676.323.653 |   | \$ 8.132.544.000 |   | \$ 8.785.210.000 |
| Salud pública en emergencias y desastres    | Coordinación departamental para la intervención de brotes y eventos de interés epidemiológico | \$ 20.000.000    | Emergencias y Desastres                                    | \$ -                 | Emergencias y Desastres                                    | \$ 30.000.000    | Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres. | \$ 1.519.878.000 | Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres. | \$ 1.783.727.000 | Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres. | \$ 9.200.250.000 |



|         |         |          |          |
|---------|---------|----------|----------|
| M       | \$      | Vigila   | \$       |
| ejora   | 886.206 | ncia y   | 1.601.59 |
| mient   | .000    | control  | 1.000    |
| o de la |         | de       |          |
| salud   |         | aseguram |          |
| bucal   |         | iento    |          |

|        |         |
|--------|---------|
| Ac     | \$      |
| ciones | 6.990.0 |
| de     | 67.000  |
| promo  |         |
| ción   |         |
| de la  |         |
| salud  |         |
| y la   |         |
| calida |         |
| d de   |         |
| vida.  |         |

|         |         |
|---------|---------|
| Vi      | \$      |
| gilanci | 1.706.0 |
| a y     | 00.000  |
| contro  |         |
| l de    |         |
| asegur  |         |
| amien   |         |
| to      |         |

|     |         |      |          |     |       |     |       |     |       |       |       |
|-----|---------|------|----------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-------|-------|
| TO  | \$      | TOTA | \$       | TO  | \$    | TO  | \$    | TO  | \$    | TOTAL | \$    |
| TAL | 13.861. | L    | 3.895.59 | TAL | 7.397 | TAL | 1.116 | TAL | 1.078 |       | 1.189 |
|     | 527.000 |      | 0.000    |     | .956. |     | .140. |     | .886. |       | .251. |
|     |         |      |          |     | 500   |     | 800   |     | 000   |       | 000   |

|       |         |         |           |          |         |       |        |      |        |    |        |
|-------|---------|---------|-----------|----------|---------|-------|--------|------|--------|----|--------|
| S     | In      | \$      | \$        | For      | \$      | Há    | 7      | Há   | \$     | \$ | 0      |
| alud  | peccio  | 146.000 | Riesgos   | 82.342.0 | taleci  | 408.0 | bitat  | 5911 | bitat  | -  | Hábita |
| y     | n       | .000    | Profesion | 00       | miento  | 00.00 | saluda | 6600 | saluda |    | t      |
| ámbi  | Vigilan |         | ales      |          | del     | 0     | ble.   |      | ble.   |    | saluda |
| to    | cia y   |         |           |          | recurs  |       |        |      |        |    | ble.   |
| labor | Contr   |         |           |          | o       |       |        |      |        |    |        |
| al    | ol de   |         |           |          | human   |       |        |      |        |    |        |
|       | la      |         |           |          | o y del |       |        |      |        |    |        |
|       | oferta  |         |           |          | clima   |       |        |      |        |    |        |
|       | de      |         |           |          | laboral |       |        |      |        |    |        |
|       | servici |         |           |          | SSSA    |       |        |      |        |    |        |
|       | os de   |         |           |          | Medell  |       |        |      |        |    |        |
|       | salud   |         |           |          | in      |       |        |      |        |    |        |
|       | ocupa   |         |           |          |         |       |        |      |        |    |        |
|       | cional  |         |           |          |         |       |        |      |        |    |        |

|         |         |        |          |         |       |
|---------|---------|--------|----------|---------|-------|
| Pr      | \$      | Talen  | \$       | acc     | \$    |
| omoci   | 318.000 | to     | 223.477. | iones   | 498.4 |
| ón de   | .000    | Humano | 000      | de      | 64.00 |
| la      |         | grupo  |          | inspec  | 0     |
| Seguri  |         | lider  |          | ción,   |       |
| dad     |         |        |          | vigilan |       |
| Ocupa   |         |        |          | cia y   |       |
| cional, |         |        |          | control |       |
| la      |         |        |          | de los  |       |
| Protec  |         |        |          | riesgos |       |
| ción y  |         |        |          | en los  |       |
| Seguri  |         |        |          | ámbito  |       |
| dad     |         |        |          | s       |       |
| Radiol  |         |        |          | laboral |       |

ógica. es

|        |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
|--------|---------|------|----------|-----|-------|-----|------|-----|----|-------|----|--|
| Ac     | \$      |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| ciones | 182.000 |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| de     | .000    |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| promo  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| cion   |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| de la  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| seguri |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| dad y  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| la     |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| preve  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| ncion  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| de los |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| riesgo |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| s      |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| ocupa  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| cional |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| es en  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| poblac |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| iones  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| labora |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| les    |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| vulner |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| ables  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| del    |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| depart |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| ament  |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| o.     |         |      |          |     |       |     |      |     |    |       |    |  |
| TO     | \$      | TOTA | \$       | TO  | \$    | TO  | 7    | TO  | \$ | TOTAL | \$ |  |
| TAL    | 646.000 | L    | 305.819. | TAL | 906.4 | TAL | 5911 | TAL | -  | -     | -  |  |
|        | .000    |      | 000      |     | 64.00 |     | 6600 |     |    |       |    |  |
|        |         |      |          |     | 0     |     |      |     |    |       |    |  |

D  
IMEN  
SION  
ES  
TRAN  
VERS  
ALES

|       |         |         |           |          |         |       |         |       |         |       |
|-------|---------|---------|-----------|----------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| D     | Es      | \$      | Imple     | \$       | Im      | \$    | Im      | 3.    | Im      | \$    |
| imen  | trategi | 531.000 | mentació  | 2.669.75 | pleme   | 853.3 | pleme   | 158.1 | pleme   | 1.309 |
| sión  | a       | .000    | n familia | 1.000    | ntació  | 85.50 | ntació  | 69.54 | ntació  | .197. |
| gesti | Escuel  |         | saludable |          | n       | 0     | n       | 4     | n       | 000   |
| ón    | a       |         | -Atención |          | familia |       | familia |       | familia |       |
| difer | Saluda  |         | Primaria  |          | saluda  |       | saluda  |       | saluda  |       |
| encia | ble -   |         | en salud  |          | ble-    |       | ble-    |       | ble-    |       |
| l de  | EES-    |         | renovada  |          | Atenci  |       | Atenci  |       | Atenci  |       |

las  
pobla  
cione  
s  
vulne  
rable  
s

|  |             | Departamento de Antioquia  |               | Primaria en salud renovada<br>Departamento de Antioquia.   |               | Primaria en salud renovada<br>Departamento de Antioquia.  |             | Primaria en salud renovada<br>Departamento de Antioquia.  |             |   |             |
|--|-------------|--|---------------|--|---------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|
| Implementación   | \$          | Estrategia   | \$            | Estadística  | \$            | Estadística   | \$          | Estadística   | \$          |   |             |
| Implementación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI | 901.000.000 | Estrategia Escuela Saludable -EES-   | 502.585.000   | Estadística Escuelas Saludables -EES-  | 6.562.000     | Estadística Escuelas Saludables -EES-   | 76.932.000  | Estadística Escuelas Saludables -EES-   | 97.133.000  |   |             |
| Consolidación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI  | 698.000.000 | Proyecto prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población de difícil acceso Departamento de Antioquia | 1.687.110.000 | Proyecto prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población de difícil acceso Departamento de Antioquia | 2.068.273.000 | Consolidación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI | 767.819.000 | Consolidación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI | 609.960.000 | Consolidación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI | 672.502.000 |

| Co  | \$            | Servic   | \$              | Pr  | \$              | En  | \$            | En  | \$            |   | \$             |
|---|---------------|--|-----------------|---|-----------------|---|---------------|---|---------------|---|----------------|
| financiación para programas y proyectos para la atención integral del adulto mayor y el anciano | 5.368.682.000 | servicio de atención en salud a la población pobre y vulnerable Departamento de Antioquia  | 189.857.518.000 | Programas para la promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales (adulto mayor) (discapacidad) | 3.990.907.000   | Envejecimiento y vejez.   | 9.982.680.700 | Envejecimiento y vejez.   | 8.156.531.000 | Envejecimiento y vejez.   | 15.615.729.000 |
| Programa de promoción de la salud, prevención de la discapacidad                                | 1.208.414.000 | Programas para la promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales (adulto mayor)(discapacidad) | 7.550.458.000   | Servicio de atención en salud a la población pobre y vulnerable Departamento de Antioquia   | 178.481.904.000 | Programa de atención a las víctimas del desplazamiento forzado con enfoque diferencial en los Municipios del Departamento de Antioquia. | 1.057.136.000 | Programa de atención a las víctimas del desplazamiento forzado con enfoque diferencial en los Municipios del Departamento de Antioquia. | 536.763.000   | Programa de atención a las víctimas del desplazamiento forzado con enfoque diferencial en los Municipios del Departamento de Antioquia. | 150.000.000    |



|                     |  |                    |  |                    |  |                    |        |                    |        |                    |       |                    |
|---------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|-------|--------------------|
| gestión de la salud | s del SGSSS en el Departamento de Antioquia.                     |                    |  |                    |  |                    |        |                    |        |                    |       |                    |
|                     | Asesoría y Asistencia técnica/Inspección y                       | \$ 759.000.000     | funcionamiento   | \$ 32.827.491.000  | Próximidad de la afiliación al SGSSS             | \$ 41.567.640.000  |        |                    |        |                    |       |                    |
|                     | Implementación y fortalecimiento de la red de servicios de salud | \$ 18.469.796.000  | Prestación de Servicios del laboratorio Departamental de Salud Pública | \$ 1.647.779.000   | Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios | \$ 178.481.904.000 |        |                    |        |                    |       |                    |
|                     | Proyección y desarrollo de los servicios de salud                | \$ 16.218.337.000  | Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento             | \$ 4.590.247.000   |  |                    |        |                    |        |                    |       |                    |
|                     | Fortalecimiento del Aseguramiento en salud                       | \$ 127.714.725.000 |  |                    |  |                    |        |                    |        |                    |       |                    |
|                     | Funcionamiento   | \$ 18.208.315.000  |  |                    |  |                    |        |                    |        |                    |       |                    |
|                     | TO TAL   | \$ 181.610.173.000 | TOTAL  | \$ 187.465.567.000 | TO TAL   | \$ 257.415.497.000 | TO TAL | \$ 264.710.735.627 | TO TAL | \$ 258.162.350.000 | TOTAL | \$ 284.028.871.000 |