

**Generación de una herramienta metodológica de  
priorización de problemáticas en salud que  
fortalezca la gestión territorial contribuyendo a la  
implementación de la Política de Atención Integral  
en Salud-PAIS**

**Diciembre 2020**



El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores políticas públicas y prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social – MinSalud, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, el Instituto Nacional de Salud – INS, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas – ACSC.

### **Autores**

Cabrera Andrade, Betty Katherin. Fisioterapeuta, MSc en epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

De la Pava Cortés, Iván Camilo. Fisioterapeuta, MSc. en epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Estrada-Orozco, Kelly. Médica, Magíster en Epidemiología Clínica, Magíster en Neurociencia y biología del comportamiento, Experta en mejoramiento continuo de la Calidad. Doctorado en Salud Pública (actual). Doctorado en Epidemiología Clínica (actual). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Gómez Espitia, Lina María. Médica, MSc en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Mesa, Lorena. Enfermera, MSc en Salud Pública, MSc en Economía de la Salud, Ph.D. en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS.

Pinilla-Forero, Margoth Cristina. Ingeniería Biomédica, MSc en Gestión de Tecnologías en Salud, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS.

Sierra Matamoros, Fabio Alexander. Psicólogo, MSc en Epidemiología Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

### **Revisión**

Bermúdez Gómez - Irma Janeth. Comunicadora Social, Especialista en ingeniería de producción. Directora oficina de calidad Ministerio de Salud y Protección Social.

Caro, Patricia. Médico, Especialista en epidemiología, MSc en Salud Pública. Experta temática. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Flórez Rodríguez Blanca Yurani. Enfermera, Abogada, especialista en auditoria de garantía de calidad, especialista en derechos administrativo y constitucional. Consultor del Banco Interamericano de Desarrollo.

Escobar, German. Médico, Salubrista, Jefe Gabinete de Ministro. Ministerio de Salud y Protección Social.

Naranjo, Claudia. Odontóloga, MSc en Salud Pública. Experta temática. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Sánchez - Jiménez Oscar - Investigador - Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública – Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales.

Silva - Vargas Maritza - Coordinadora - Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública - Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales.

Quintero Peña, Hugo León. Abogado. Oficina de Calidad. Ministerio de Salud y Protección Social.

### **Entidad que solicita la evaluación**

Esta revisión sistemática de alcance se realiza por solicitud de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

### **Fuentes de financiación**

Ministerio de Salud y Protección Social. Contrato 569 de 2020.



### Conflictos de interés

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de esta construcción.

### Declaración de independencia editorial

El desarrollo de este producto se realiza de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

### Derechos de autor

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas. En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito del Ministerio de Salud y Protección Social.

### Citación

Cabrera B, de la Pava C, Estrada K, Gómez L, Mesa L, Pinilla M, Sierra F. Generación de una herramienta metodológica de priorización de problemáticas en salud que fortalezca la gestión territorial contribuyendo a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS; Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.

### Correspondencia

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS  
Carrera 49 A # 91-91  
Bogotá, D.C., Colombia.



[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)  
[contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)

© Ministerio de Salud y Protección Social, 2020

Contenido

Lista de abreviaturas y siglas ..... 8

Glosario ..... 9

1. Introducción ..... 13

2. Alcance y objetivo..... 13

3. Metodología..... 14

3.1. Obtención de insumos para la identificación y priorización de problemáticas ..... 14

3.1.1. Revisión sistemática de alcance ..... 14

3.1.2. Diálogos deliberativos con actores involucrados ..... 15

3.2. Construcción de metodología para la identificación de problemáticas ..... 19

3.3. Construcción de metodología para la priorización de problemáticas ..... 19

3.4. Validación de la herramienta ..... 20

4. Resultados ..... 20

4.1. Insumos para la identificación y priorización de problemáticas..... 20

4.1.1. Descripción de la revisión de la literatura ..... 20

4.1.2. Diálogos con territorios ..... 29

4.2. Desarrollo de la herramienta ..... 37

4.3. Validación de criterio ..... 43

5. Discusión..... 46

6.	Conclusiones.....	49	
7.	Referencias.....	51	
8.	Anexos.....	56	
	<b>Anexo 1. Bitácora de búsqueda.....</b>	<b>56</b>	
	<b>Anexo 2. Proceso de los diálogos deliberativos.....</b>	<b>65</b>	
	<b>Anexo 2.1. Informes de Participación (Archivos adjuntos).....</b>	<b>65</b>	
	<b>Anexo 2.2. Transcripción de grupos (Archivos adjuntos).....</b>	<b>65</b>	
	<b>Anexo 3. Diagrama PRISMA: flujo de la búsqueda, tamización y selección de estudios sin restricción de diseño.....</b>		<b>66</b>
	<b>Anexo 4. Listado de Estudios incluidos en la revisión.....</b>	<b>67</b>	
	<b>Anexo 5. Listado de estudios excluidos en la revisión.....</b>	<b>70</b>	
	<b>Anexo 6. Matriz de extracción de datos de Datos.....</b>	<b>1</b>	
	<b>Anexo 7. Instructivo.....</b>	<b>47</b>	
	<b>Anexo 8. Herramienta de priorización.....</b>	<b>64</b>	
	<b>Anexo 9. Identificación de líneas de acción.....</b>	<b>73</b>	
	<b>Anexo 10. Preguntas orientadoras.....</b>	<b>75</b>	
	<b>Anexo 11. Validación de criterio.....</b>	<b>110</b>	

Lista de tablas

Tabla 1. Grupos de los diálogos deliberativos ..... 16

Tabla 2. Escala de comparación de Saaty ..... 25

Tabla 3. Matriz de comparación ..... 26

Tabla 4. Criterios de priorización..... 39

Tabla 5. Resultado ejercicio de priorización ..... 44

Lista de figuras

Figura 1. Proceso de desarrollo y validación de herramienta de identificación y priorización de problemas, necesidades o tensiones ..... 38

Figura 2. Estructura de herramienta de definición y priorización de problemas, necesidades o tensiones. 42





## Lista de abreviaturas y siglas

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
DNP	Departamento Nacional de Planeación.
ET	Entidad Territorial
ICH	International Conference on Harmonization
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IHI	Institute for Healthcare Improvement
INC	Instituto Nacional de Cancerología
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
KIT	Kit de planeación territorial desarrollado por el Departamento Nacional de Planeación.
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
MeSH	Medical Subject Headings
MIAS	Modelo de Atención Integral en Salud
Minciencias	Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación
Minsalud	Ministerio de Salud y Protección Social
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PAIM	Plan de Acción e Implementación del Modelo



PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PASE	Estrategia Pase a la equidad - Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021



Glosario

Término	Definición
Accesibilidad	Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados (1).
Actividad	Conjunto de tareas realizadas en un proceso; la suma de actividades coherentes y ordenadas permite obtener un elemento, un subproducto o un producto; representa el grado de acción y de transformación requerido para administrar los recursos dentro de un proceso (2).
Actores del Sistema	Son las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Entidades Territoriales, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS, los profesionales y trabajadores de la salud, los usuarios y pacientes de los servicios de salud, asociaciones de profesionales de la salud, instituciones académicas y de investigación, la industria, las entidades de control y el Ministerio de Salud y Protección Social (2).
Análisis de Situación de Salud - ASIS	Es una metodología analítica-sintética que tiene diferentes tipos de modelos explicativos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población, para así determinar e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan, a cargo de las EPS, las EAPB y las ARL. Esta caracterización deberá hacerse cada año, utilizando la "Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional" y los procedimientos y herramientas establecidas por el Ministerio. Dicha información debe ser enviada el primer (1) día hábil del mes de septiembre a través de la plataforma PISIS del SISPRO, para ser integrada al sistema



de información en salud, para disposición de las Entidades Territoriales y Organismo de Control (2).

Atención primaria en salud	Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2).
Colaboración intersectorial	Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario (3).
Derecho	Conjunto de normas o reglas que rigen la actividad humana en la sociedad, cuya inobservancia esta sancionada (2).
Determinantes de la salud	Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (3).
Empresas Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB	Los aseguradores, en cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, fortalecen la gestión de riesgo financiero, la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás integrantes del Sistema, dentro de cada ámbito territorial definido para el MIAS, la capacidad de gestión de la redes integrales de prestación de servicios de salud y la capacidad de gestión para representar el usuario (2).



Enfoque diferencial	Se entiende como el “método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria”. Involucra las condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho, desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez (1).
Estrategia	Determinación de los objetivos a largo plazo y la elección de las acciones y la asignación de los recursos necesarios para conseguirlos (2).
Indicador de salud	Es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo) (3).
Línea de Acción	Directriz global que expresa la orientación de las actividades que se van a desarrollar, con la cual se pretende llegar a los objetivos y estrategias establecidos en un plan (2).
Metas de salud	Los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido (3).
Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE	Es un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito (1).



Modelo de Atención	de	Conjunto de procesos e intervenciones que un sistema de salud selecciona para obtener resultados en la salud de la población ubicada en un territorio determinado. El modelo de atención incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. El conjunto de intervenciones comprende las actividades orientadas a la detección de riesgos y enfermedad, las acciones de naturaleza promocional y preventiva, las intervenciones curativas y de rehabilitación (2).
Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS		Es un modelo operacional establecido en la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas (2).
Plan		Modelo sistemático de una actuación pública o privada, que se elabora anticipadamente para dirigirla y encauzarla. Escrito en que sumariamente se precisan los detalles para realizar una obra (2).
Plan Territorial de Salud - PTS		Es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que le permite a las entidades territoriales cumplir con las estrategias establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública. Es la expresión específica de los retos planteados para el cuatrienio, para mejorar la Situación de Salud de las poblaciones en sus territorios (2).
Planeación Integral para la Salud		Conjunto de procesos que le permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición



de cuentas del Plan Territorial de Salud - PTS. Este plan solo aplica para los departamentos y distritos (2).

Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Es la política que atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano (2).
Política Sanitaria	Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas (3).
Resultados de salud	Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud (3).
Seguimiento	Consiste en la recopilación sistemática de información sobre lo realizado y sus resultados, tanto en sus ámbitos de gestión como de resultados, para comprobar el avance de un plan programa o proyecto. Las características del seguimiento son 1.- La recolección de Información aislada sobre el progreso de los elementos de los Planes de Mejoramiento. 2.- En principio, se debe realizar internamente por los gestores del plan, programa o proyecto y 3.- Su naturaleza es Informativa (2).
Talento Humano	Estándar que considera las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud (2).

Territorio	Concepto teórico y metodológico que explica y describe el desenvolvimiento espacial de las relaciones sociales que establecen los seres humanos en los ámbitos cultural, social, político o económico (4)
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





## 1. Introducción

En el año 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social – Minsalud promulgó mediante la Resolución 429 de 2016 (5), la Política de Atención Integral en Salud – PAÍS, en respuesta a lo definido en el Artículo 65 de la Ley 1751 de 2015 (6). Esta política tiene como fin orientar la generación de mejores condiciones de salud a partir de la regulación y coordinación de las intervenciones que desarrollan los actores del sistema de salud para la garantía efectiva del derecho a la salud (5).

En términos generales, la PAIS se conforma de un marco estratégico y uno operativo, este último se definió en un primer momento mediante el Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS, sin embargo, a partir del año 2019, a través de la Resolución 2626 (7), se modificó a Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. Durante ese año, se dio inicio al proceso de implementación del MAITE. Este proceso se materializa en un Plan de Acción e Implementación del Modelo (PAIM), a ser ejecutado por parte de los Entes Territoriales departamentales y distritales por 4 años y monitorizado trimestralmente (7).

En cumplimiento de las funciones y competencias asignadas al Minsalud, mediante el Decreto 4107 de 2011 (8) y a partir de los resultados obtenidos en el proceso de implementación del MAITE, se identificó como necesidad, contar con herramientas e instrumentos para fortalecer la gestión territorial y apoyar la implementación tanto de la política como del modelo, en el marco de las acciones de asistencia y acompañamiento técnico que desarrolla el Ministerio a las entidades territoriales y demás agentes del sistema de salud.

El presente informe recoge los resultados del proceso de construcción de una herramienta de identificación y priorización de problemas en salud que fortalezca la gestión territorial contribuyendo a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, el cual tuvo como insumo las siguientes estrategias metodológicas; 1. Revisión de documentos técnicos y normativos relacionados con las responsabilidades y competencias de las entidades territoriales y otros actores del sistema en el marco de la implementación de la política y del modelo de salud actual (9), 2. Revisión de alcance con búsqueda sistemática de la literatura, se definieron criterios y algoritmos para priorizar según lo encontrado 3. Diálogos deliberativos con actores involucrados de diferentes territorios de Colombia.



## 2. Alcance y objetivo

Generar una herramienta metodológica de priorización de problemáticas en salud que fortalezca la gestión del ente territorial (departamental y distrital) contribuyendo a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS.

## 3. Metodología

Con el propósito de construir una herramienta para identificar y priorizar problemáticas en salud que fortalezca la gestión territorial contribuyendo a la implementación de la PAIS, se llevaron a cabo los siguientes pasos metodológicos:

1. Obtención de insumos para la identificación y priorización de problemáticas.
2. Construcción de metodología para la identificación de problemáticas.
3. Construcción de metodología para la priorización de problemáticas.
4. Validación de la herramienta.

A continuación, se describen cada uno de estos pasos.

### 3.1. Obtención de insumos para la identificación y priorización de problemáticas

Se realizó una revisión sistemática de alcance y se desarrollaron diálogos deliberativos actores involucrados.

#### 3.1.1. Revisión sistemática de alcance

Tuvo como objetivo buscar las principales herramientas existentes para el proceso de priorización e identificación de problemas de salud en los territorios.

#### Búsqueda de la literatura



Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura por tres investigadores empleando vocabulario controlado con términos MeSH (Medical Subject Headings), DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y Emtree (Embase Subject Headings), así como términos libres en el título y el resumen, en las siguientes fuentes: Embase (plataforma Elsevier), Medline (plataforma OVID), Biblioteca virtual en salud (BVS), SCOPUS y fuentes de literatura gris (Open Gray, Google Académico), cuya pregunta orientadora fue dirigida a encontrar una herramienta para priorizar problemas en salud y que describieran categorías usadas para realizar el ejercicio de priorización; para esto se incluyeron términos relacionados con priorización, necesidades en salud y validación y desarrollo de instrumentos (Anexo 1. Bitácora de búsqueda).

De acuerdo con las características de la base de datos se adaptó la estrategia de búsqueda usando la sintaxis correspondiente. Se utilizaron las siguientes restricciones: temporalidad (últimos cinco años) e idioma (artículos publicados en español, o inglés, portugués y alemán).

Además, se realizó búsqueda de documentos que se identificaran por el principio de bola de nieve y de documentos en los diferentes repositorios de entidades de salud y gubernamentales tales como Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud (INS), página de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), *Health Canadá*, *International Conference on Harmonization (ICH)*, *The National Institute for Health and Care Excellence Harmonization (NICE)*, *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*.

### **Criterios de selección de los artículos**

En esta revisión se incluyeron estudios en texto completo; publicado en español, inglés, portugués y alemán; publicados en los últimos cinco años; que trataran el tema de herramientas de priorización.

### **Tamización, selección y extracción**

La tamización de las referencias y la selección de estudios tras la revisión por texto completo fue realizada por dos investigadores de manera independiente; cuando se encontraron discrepancias, estas fueron resueltas por un tercer revisor. La extracción de la información se realizó en un formulario en Microsoft Excel.



### **Evaluación de calidad**

No se realizó una evaluación de calidad de la información encontrada teniendo en cuenta que el objetivo de esta revisión de alcance fue determinar “cuáles” metodologías de priorización se han publicado o se emplean en la actualidad, independientemente del diseño de investigación empleado o del tipo de reporte.

### **Síntesis de la información**

Se elaboró una matriz de extracción de información para hacer la síntesis incluyendo las variables autor, año, país de publicación, objetivo, tipo de documento, resumen, categorías de priorización y herramienta de priorización. A partir de esta matriz se hizo una síntesis de los principales criterios usados en los ejercicios de priorización y de los métodos y algoritmos empleados para combinar esos criterios y generar una valoración final.

#### **3.1.2. Diálogos deliberativos con actores involucrados**

De acuerdo con Boyko y cols, un diálogo deliberativo en salud es una estrategia de intercambio en el marco de la traducción de conocimiento y se caracteriza por convocar a actores enfocados en un mismo tema de interés para considerar o discutir evidencias empíricas sobre determinado asunto en el contexto de su experiencia y conocimiento tácito, lo que enriquece el proceso de toma de decisiones (10).

De acuerdo con Dheepa et al (11) un diálogo participativo (DP) o dialogo deliberativo se caracteriza por:

1. Ser un proceso iterativo.
2. Considerar tanto los aspectos técnicos como políticos del asunto.
3. Ser de naturaleza amplia.
4. Involucrar discusiones basadas en la evidencia y políticamente sensibles.
5. Incluir un rango amplio de actores involucrados claves.

- **Identificación de actores y convocatoria**

A partir de la deliberación del grupo desarrollador y de la planificación del proceso de construcción de la herramienta se identificaron dos tipos de actores involucrados clave: 1. Expertos de las áreas técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social, y 2. Entes Territoriales.

Respecto de la convocatoria a los entes territoriales se realizó una organización previa de los departamentos y distritos del país, considerando los hallazgos del diagnóstico de capacidades en Gestión de la Salud Pública realizado en el marco del Convenio 547 de 2015 entre el MSPS y la OIM, y se realizó una distribución de las Entidades Territoriales en 4 grupos para los diálogos sobre la herramienta de priorización de problemáticas en salud pública. La organización de estos grupos se presenta en Tabla 1.

**Tabla 1. Grupos de los diálogos deliberativos**

Grupo	Entidad Territorial
Grupo I	Antioquia
	Caldas
	Risaralda
	Atlántico
	Magdalena
	Bogotá D.C.
	Nariño
Grupo II	Sucre
	Barranquilla

Grupo	Entidad Territorial
	Santa marta
	Cesar
	Córdoba
	La Guajira
	Cartagena
	Boyacá
	Huila
	Cundinamarca
Grupo III	Valle del Cauca
	Buenaventura
	Cauca
	Quindío
	Santander
	Guaviare
	Casanare
	Vaupés
	Putumayo

Grupo	Entidad Territorial
Grupo IV	Amazonas
	Bolívar
	Chocó
	Norte de Santander
	Tolima
	Caquetá
	Vichada
	Meta
	Guainía
	Arauca
	San Andrés y Providencia

Fuente: Construcción propia a partir del Informe Análisis Nacional Diagnóstico De Capacidades Funcionales Y Técnicas Existentes En Los Procesos De La Gestión De La Salud Pública Priorizados Convenio 547 de 2015 MSPS-OIM

La convocatoria de los actores se realizó entre el 9 y 13 de noviembre a través de correo electrónico y llamadas telefónicas.

- **Objetivos del diálogo deliberativo**

Para el primer tipo de actores, el diálogo tuvo como objetivo conocer la experiencia de implementación de MAITE y la exploración de los tipos de herramientas que se consideraban adecuadas a las realidades de los territorios; para el segundo tipo de actores, el



objetivo fue reconocer los elementos definitorios de un problema en salud y las categorías para su priorización en el marco de la implementación del marco operativo de la PAIS desde la perspectiva de los líderes

### - Desarrollo de los diálogos

Los diálogos se desarrollaron el día 19, con los líderes del MSPS, y entre 25 y 26 de noviembre con los ET, a través de la plataforma Zoom (El listado de asistentes a cada espacio puede ser consultado en los informes de participación – Anexo 2.1. Informes de Participación (Archivos adjuntos). La sesión fue grabada previo consentimiento de los participantes y luego transcrita para su análisis garantizando la anonimización de las mismas.

En términos generales se siguió una estructura de presentación similar para ambos grupos de actores, en la cual se daba la introducción a la reunión se presentaba la agenda, se daban a conocer los resultados del diagnóstico de implementación de los PAIM realizado por el ministerio y se iniciaba el momento deliberativo con preguntas guía.

Para los diálogos desarrollados con los territorios se estableció la siguiente guía de preguntas:

- ¿Cómo ha sido el proceso de planificación para la implementación de MAITE?
- ¿Qué tipos de problemas han identificado en sus territorios?
- ¿Qué tipo de dificultades ha experimentado con la implementación del MAITE en su territorio?
- ¿Cómo una herramienta, instrumento o metodología puede ayudarle en el proceso de implementación, desde la identificación del problema hasta la elaboración de objetivos y compromisos?
- ¿Qué tipo de acompañamiento o instructivo se requiere en este proceso?

### - Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron analizados siguiendo las pautas del análisis cualitativo. Específicamente, se utilizó la técnica de codificación, la cual permite síntesis, relacionamiento e interpretación de los datos obtenidos como textos a partir de la fragmentación y abstracción de los datos, para descubrir categorías o relaciones de conceptos (codificación axial) que representan esa cualidad de





los sentidos y significados sobre lo que se explora (12). La codificación inicia una vez se han identificado unidades de análisis sobre los textos transcritos (Las transcripciones de los grupos se presentan en el

Anexo 2.2. Transcripción de grupos (Archivos adjuntos). Una unidad de análisis (también llamadas citas o *quotes*) es un fragmento de las transcripciones que se relacionan con el asunto a explorar. Estas unidades pueden ser párrafos, oraciones o palabras significativas para la comprensión y exploración que se encuentran en los textos. Luego, estas unidades son codificadas en un primer nivel de síntesis, agrupamiento y relacionamiento (también conocido como codificación abierta).

Una vez codificadas las unidades en ese primer nivel, se busca un relacionamiento y una abstracción de mayor nivel, de modo que a partir de una nueva relación de conceptos con base en los códigos establecidos se permita una representación categórica. A esto último se le denomina codificación axial, la cual ocurre cuando se descubren o construyen categorías a partir de los datos.

Este insumo cualitativo posibilitó un reconocimiento de las necesidades de los territorios, en relación con la implementación de MAITE y una mayor adaptación de la herramienta construida a

sus realidades.

### 3.2. Construcción de metodología para la identificación de problemáticas

Para garantizar que todas las líneas de acción y acciones propuestas en normatividad vigente sean analizadas y consideradas por cada territorio, se construyeron preguntas orientadoras para cada una de las acciones. Para elaborar las preguntas se utilizó la metodología de las 5 W + H (13) y se clasificaron las preguntas en aquellas relacionadas con la meta o resultado y aquellas relacionadas con el proceso o gestión de los territorios. Así, el proceso inició con la construcción de una pregunta general sobre el cumplimiento o no de una meta a partir de una acción del MAITE (pregunta de resultado); luego, se propusieron las preguntas a partir de los ¿por qué? no se está alcanzando esta meta, las cuales corresponden a preguntas de proceso o gestión. Posteriormente, las preguntas planteadas fueron sometidas a un proceso de consenso informal, en el grupo desarrollador de la herramienta, seguido por un proceso de revisión por dos salubristas, de manera independiente, quienes hicieron ajustes y correcciones.



### 3.3. Construcción de metodología para la priorización de problemáticas

La revisión sistemática de alcance permitió identificar dos tipos de insumos: criterios considerados para la priorización y herramientas o algoritmos para obtener una priorización, por ejemplo, a través de un puntaje, a partir de la combinación o puntuación de los criterios individuales.

Dos integrantes del grupo desarrollador de la herramienta, de manera independiente, agruparon los criterios similares para obtener una lista de posibles criterios. Posteriormente revisaron las definiciones de estos criterios, su forma de medición y su puntuación.

Así mismo, dos integrantes del grupo desarrollador de la herramienta, de manera independiente, revisaron los algoritmos usados para combinar los criterios y extrajeron la metodología usada para obtener una priorización final.

### 3.4. Validación de la herramienta

El proceso para la validación de la herramienta consistió en identificar algunos problemas priorizados por los entes territoriales disponibles a través de la página: [Informes | Gestión del PDSP](#), se eligió de manera aleatoria diferentes municipios de diversas las tipologías según el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y se aplicó la herramienta desarrollada de manera independiente y cegada por cinco investigadores BC, CDP, FS, LG y MP. El objetivo de este proceso fue evaluar la consistencia de los criterios incluidos en la herramienta y asegurar objetividad de la calificación obtenida de los problemas seleccionados.

## 4. Resultados

### 4.1. Insumos para la identificación y priorización de problemáticas

#### 4.1.1. Descripción de la revisión de la literatura

#### Resultados de la búsqueda

Tres investigadores (BC, CDP y FS) realizaron la búsqueda sistemática en las bases de datos de forma independiente. En la búsqueda de la literatura en bases de datos se encontraron 5708 referencias y 48 referencias fueron identificadas mediante el uso de métodos de búsqueda complementaria.

### **Tamización, selección y extracción**

Las referencias encontradas de acuerdo con las estrategias de búsqueda se cargaron en Rayyan QCRI® y los revisores (BC y CDP y FS) eliminaron 535 duplicados. Los investigadores BK, CDP y FS tamizaron de manera independiente y cegada la posible utilidad por título y resumen y se excluyeron 5166 referencias porque no trataban de herramientas de priorización y nueve artículos eran en idioma mandarín. De las 55 referencias y después de aplicar los criterios de elegibilidad en texto completo, se excluyeron 22 referencias, 13 no trataban de herramientas de priorización y 9 no evaluaban herramientas. Los estudios no recuperados en texto completo al momento de la publicación del reporte de evaluación se clasificaron como estudios excluidos.

En el Anexo 3 se encuentra el diagrama PRISMA con la información del proceso de tamización y selección. En el

Anexo 4 se presenta el listado de los estudios incluidos, y en el

Autor	Año	Título
MinSalud	2015	Resolución 1536 de 2015
MinSalud	2017	Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional
Bhaumik et al.	2015	Ethics and equity in research priority-setting: stakeholder engagement and the needs of disadvantaged groups
Sánchez et al.	2008	¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008
Stebler et al.	2015	Use of a modified Delphi panel to identify and weight criteria for prioritization of zoonotic diseases in Switzerland
Brookes et al.	2017	Point of truth calibration for disease prioritization- A case study of prioritization of exotic diseases for the pig industry in Australia
Van Rie et al.	2018	The unmet needs and health priorities of the urban poor: Generating the evidence base for urban community health worker programmes in South Africa
Chong et al.	2019	Population segmentation based on healthcare needs: a systematic review

Autor	Año	Título
Ryan et al.	2018	Ranking and prioritizing strategies for reducing mortality and morbidity from noncommunicable diseases post disaster: An Australian perspective
Hatef et al.	2018	A Population Health Measurement Framework: Evidence-Based Metrics for Assessing Community-Level Population Health in the Global Budget Context
Abrampah et al.	2018	Quality improvement and emerging global health priorities
Hirschovits et al.	2018	Estimating the Needs of Substance Problem Use Services: An Exercise in Seven Finnish Municipalities Using Nationally Collected, Municipal-Level Survey and Register Data
Costa et al.	2015	Eliciting health care priorities in developing
Cediel et al.	2016	Priorización para el análisis de información en salud pública. Red de conocimiento del Observatorio Nacional de Salud
Peñaranda et al.	2012	Criterios y categorías para la priorización de tecnologías en Salud en el proceso de actualización del pos
Pinto	2000	Asignación y determinación de prioridades de procesos esenciales, con base en los factores críticos de éxito

Autor	Año	Título
Martínez	2016	La planeación de los servicios de salud apoyados y los planes de desarrollo
Shawar et al.	2017	Generating global political priority for urban health: the role of the urban health epistemic community
Hernández	2016	Definición de prioridades en las políticas de salud
MSPS -U. Externado	2011	PASE a la Equidad en Salud
Osorio et al.	2008	El proceso de análisis jerárquico (AHP) y la toma de decisiones multicriterio. Ejemplo de aplicación
Cromwell et al.	2015	‘Real-world’ health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature
Ministério da saúde universidade federal de goiás	2015	Asis - Análise de Situação de Saúde
Glaize et al.	2017	Healthcare decision-making applications using multicriteria decision analysis: A scoping review
Qiu et al.	2018	Identifying health policy and systems research priorities for the sustainable development goals: social protection for health

Autor	Año	Título
López Alba	2015	Establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki (Benín)
Canadian Institute for Health Information	1999	National Consensus Conference on Population Health Indicators
Frazão et al.	2018	Multicriteria decision analysis (MCDA) in health care: a systematic review of the main characteristics and methodological steps
Jamison et al.	2006	Prioritiesin Health
Cleemput et al.	2018	A multi-criteria decision approach for ranking unmet needs in healthcare
Varela et al.	2016	Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS
Sachiyo et al.	2000	Approaches, tools and methods used for setting priorities in health research in the 21st century
Choi et al.	2019	The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs







**Anexo 5** el listado de los artículos excluidos.

Los datos de los estudios incluidos fueron recolectados en un formato estandarizado que contiene: autor, año, título, país, diseño del estudio, objetivo, metodología, resumen o resultados, categorías de priorización y herramienta de priorización (**Anexo 6**). Los evaluadores confirmaron el ingreso de datos y se comprobó al menos dos veces los datos para mayor exactitud.

### Síntesis de resultados

Los estudios incluidos con sus características de identificación (autor, año, tipo de estudio) se describen en la matriz de extracción de datos presentada en el **Anexo 6**. Estos estudios permitieron identificar dos insumos claves para la construcción de la herramienta de priorización:

- Categorías o criterios usados para la priorización de problemáticas, necesidades insatisfechas, enfermedades, programas de servicios de salud, preferencias, políticas, temas de investigación, tecnologías o intervenciones.
- Algoritmos, métodos para la toma de decisiones, herramientas y metodologías para realizar la priorización.

A continuación se describen los resultados correspondientes a cada uno de estos temas.

### Categorías o criterios de priorización

A través de los estudios pudieron identificarse criterios comunes para hacer ejercicios de priorización; como se mencionó antes, algunos fueron empleados en la priorización de necesidades, otros en la priorización de enfermedades, políticas o tecnologías. Otros documentos proponen áreas prioritarias (14). El ejercicio de revisión de esos criterios, realizado de manera independiente por dos investigadores, permitió establecer las siguientes categorías:

- Magnitud: entre los criterios o ítems que hacen referencia a magnitud se reportó carga de la enfermedad, incidencia, tasa de incidencia y/o prevalencia, gravedad del efecto, gravedad de la enfermedad o condición de salud, gravedad (mortalidad, años potenciales de vida perdidos, incapacidad y carga social y económica), morbilidad, tasa de fatalidad), severidad medida por



ausentismo laboral y escolar, tasas de hospitalización, impacto; algunos estudios se enfocaron directamente en la enfermedad y por lo tanto consideraron grupos de enfermedades (15–26).

- Costo: entre los criterios o ítems que hacen referencia a costos se reportó costo, costo-efectividad de la intervención, financiación de la salud, impacto en el presupuesto del plan de salud, impacto presupuestario (asequibilidad), impacto económico (18,19,25,27–30).
- Efectividad: entre los criterios o ítems que hacen referencia a efectividad se reportó efectividad, eficacia del programa, intervenciones efectivas (la medida en que los medios propuestos para abordar el problema están claramente explicados, son rentables, están respaldados por evidencia científica, son simples de implementar y económicos) (17,20,25,26,28).
- Equidad: entre los criterios o ítems que hacen referencia a equidad se reportó equidad y equidad en grupos vulnerables (19,25,26,28).
- Factibilidad: entre los criterios o ítems que hacen referencia a factibilidad se reportó factibilidad de la intervención, viabilidad, complejidad de la implementación (impacto en el equipo, conocimiento suficiente en el equipo base, impacto en futuras decisiones, impacto en la práctica futura, viabilidad, sostenibilidad, disponibilidad del programa o tratamiento, plan para mercadeo social, limitaciones de las intervenciones comparativas, contexto histórico o político, capacidad), disponibilidad de personal sanitario, limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto (16,17,19,30,31).
- Tendencia en los últimos años: (24).
- Impacto: (18,25,28,29).
- Priorizar actividades relacionadas con la promoción y prevención (32).

### Métodos o herramientas de priorización

A continuación se presentan los métodos de toma de decisiones o priorización reportados.

#### – Método de Hanlon (33)

La ecuación de Hanlon original se publicó en 1984. Calcula la puntuación de clasificación de prioridad básica (BPR) para ordenar los problemas de salud. Se asigna una puntuación de prioridad a cada programa de enfermedad utilizando la siguiente ecuación:





$$\text{Basic Priority Rating (BPR)} = (((A+B)*C)/3)*D$$

donde A es el tamaño del problema en una escala de 0 a 10 puntos; B es la gravedad del problema (0 - 20 puntos), calculada como la suma de cuatro factores, cada uno con un valor de 0 a 10 puntos (urgencia, gravedad, pérdida económica e implicación de otras personas); C es la efectividad de la intervención (0 - 10 puntos); D es su viabilidad (0 o 1), determinada por cinco factores (cada 0 o 1) que se denominan “PERLA” (propiedad, economía, aceptabilidad, recursos y legalidad). Debido a que el producto obtenible de los cuatro componentes (A, B, C y D) tiene un rango de 0 a 300 puntos, dividir por 3 le da al BPR un rango de 0 a 100 (33).

El método de Hanlon fue adaptado por la Organización Panamericana de la Salud para asignar prioridad a los programas de salud, para aplicarlo al conjunto de áreas programáticas y ejecutar el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Esta adaptación contempló la posibilidad de aplicar el método a los programas orientados a las enfermedades y a los programas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública (33).

El método adaptado por la OPS mantiene los componentes A (magnitud del problema), B (gravedad del problema) y C (eficacia de la intervención) de la ecuación de Hanlon original, prescinde del componente D (resumido en la sigla PEARL, en inglés: pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad) e incorpora dos nuevos componentes: E (desigualdad) y F (posicionamiento institucional) (33):

$$\text{Basic Priority Rating (BPR)} = (((A+B+E)*C)/5.25)*F$$

Donde:

A es el tamaño del problema (0 - 10 puntos), lo que significa la prevalencia o incidencia de la enfermedad (para programas orientados a enfermedades) o la extensión de las deficiencias del sistema o programa (para programas no orientados a enfermedades)

B es la gravedad del problema (0 - 20 puntos), derivado de la suma de cuatro factores: B1 (urgencia), B2 (gravedad de las consecuencias), B3 (pérdida económica) y B4 (impacto negativo en otros), cada uno con 0 - 5 posibles puntos. Para programas no



orientados a enfermedades, esto también considera la gravedad asociada con deficiencias del sistema o programa y las consecuencias de la inacción

C es la efectividad de la intervención (0 - 10 puntos) basada en la disponibilidad de Intervenciones rentables para abordar el problema o las deficiencias en los sistemas o programas. Es el producto de 2 factores: C1 (eficacia) y C2 (alcance o cobertura), cada uno con un rango de 0% - 100%. Para los programas no orientados a enfermedades, esta es una evaluación cualitativa de la eficacia.

E es la inequidad (0 - 5 puntos), medida por el grado de ocurrencia diferencial de enfermedades o acceso a programas de salud entre subgrupos de población determinados socialmente (es decir, según género, etnia, ingresos, alfabetización, urbano / rural ubicación, y / u otros estratificadores de equidad) considerados injustos (es decir, arbitrarios, innecesarios, evitables).

F es el posicionamiento institucional (un factor de 0,67 a 1,50) y se refiere a la medida en que una institución, como la OPS, se encuentra en una posición única para ayudar a un Estado Miembro a abordar la necesidad de un programa desde su propia perspectiva. Inicialmente, el rango de prueba de F fue de 0,50 (un efecto de reducción a la mitad) a 2,00 (un efecto de duplicación), pero durante la prueba piloto, se encontró que estos valores eran demasiado abrumadores. El valor máximo se redujo de 2,00 a 1,50 y se encontró satisfactorio durante las pruebas posteriores. Como F es un multiplicador, si el máximo es 1,50, el mínimo es su recíproco, o 0,67. Una puntuación de 1,00 significa que un Estado Miembro cree que la OPS podría mantener su cooperación técnica al nivel actual. Una puntuación superior a 1,00 significa que la OPS debería aumentar su cooperación técnica, mientras que una puntuación inferior a 1,00 significa que la OPS debería reducir el apoyo porque el Estado Miembro puede abordar el problema o tiene otro socio estratégico que lo asiste.

Dividir por 5,25 le da al BPR un rango de 0 a 100 puntos para cada alternativa analizada.

#### – **Análisis de decisión multi-criterio**

El análisis de decisiones multicriterio (MCDA) se introdujo en la asistencia sanitaria como un marco apropiado de apoyo a la toma de decisiones para resolver problemas complejos mediante enfoques accesibles (34).



El proceso de selección de los criterios o alternativas elegidos para construir el modelo depende del contexto específico de problemática que se quiera abordar. De acuerdo con la revisión sistemática de Glaize y colaboradores (2019), el proceso de selección de los criterios o alternativas a evaluar para las decisiones de formulación de políticas se realizó mediante consulta con actores claves, revisión de literatura o una combinación de ambos procesos (revisión de literatura + consulta con actores claves), encontrando que la cantidad de criterios seleccionados puede variar entre 4 a 27, dependiendo del estudio y la problemática analizada (34).

Para llevar a cabo el análisis de decisión multi-criterio se debe crear como primer paso la matriz de desempeño. Esta matriz se realiza de igual manera sin importar el método de análisis, ya sea cuantitativo o cualitativo que se vaya a emplear (35).

En la matriz de desempeño, cada fila describe una opción (puede ser una intervención, tecnología, programa, problemática, etc.) y cada columna describe el desempeño de las opciones frente a cada criterio. Los criterios son las medidas de desempeño mediante las cuales se juzgarán las opciones, y deben seleccionarse cuidadosamente para asegurar la integridad, la viabilidad y la independencia mutua, y evitar la redundancia y un número excesivo de criterios. Las evaluaciones de desempeño individuales son a menudo descripciones cualitativas, o unidades naturales, o algunas veces una escala numérica (35).

El análisis cualitativo consiste en evaluar la matriz de desempeño y realizar una interpretación de la información presentada, realizar un análisis de pro y contras, si existe una dominancia de alguna de las opciones evaluadas; sin embargo, este tipo de análisis está afectado por la interpretación subjetiva de la información. En el análisis cuantitativo la información en la matriz se convierte en valores numéricos consistentes, primero se le asigna un rango de calificación posible a cada criterio y en segundo lugar, se asignan ponderaciones numéricas para cada criterio (35).

MCDA se puede categorizar en tres familias generales de métodos (34):

- Modelos de medición de valor: también conocidos como métodos "compensatorios". Entre ellos se encuentran el proceso de análisis jerárquico (AHP), MAVT, SMART, Técnica para el orden de preferencia por semejanza a la solución ideal (TOPSIS).
- Enfoques de clasificación superior: basados en el concepto del predominio de una alternativa sobre las demás. ELECTRE I, II, III, PROMETHEE.



- Métodos de metas y puntos de referencia: en los que se asignan criterios y se minimizan las desviaciones de las metas predefinidas. Programación multi-objetivo (MOP), programación de meta, Heurístico.
- **Proceso de análisis jerárquico - AHP (36)**

Fue desarrollado a finales de los años 60 por Thomas Saaty, y es una metodología matemática utilizada para la evaluación de alternativas cuando se tienen en consideración para dicho proceso varios criterios. El AHP utiliza comparaciones entre pares de elementos, construyendo matrices a partir de estas comparaciones, y usando elementos del álgebra matricial para establecer prioridades entre los elementos de un nivel, con respecto a un elemento del nivel inmediatamente superior (36).

Este método tiene tres funciones básicas: estructurar, medir y sintetizar (36):

1. Estructuración de la complejidad: estructuración jerárquica de los problemas en subproblemas homogéneos, es decir, un problema se descompone en subproblemas, los cuales están relacionados directamente con el problema inicial, y al lograr la solución de los subproblemas y manteniendo la relación existente entre ellos, se consigue la solución del problema inicial.
2. Medición en escalas: escala general, aplicable a cualquier situación, permite la universalidad del método y lo hace sencillo de aplicar para quien toma la decisión. Se utiliza la escala de comparación de Saaty (

Tabla 2).

**Tabla 2. Escala de comparación de Saaty**

Escala	Definición	Explicación
1	Igual preferida	Los dos criterios contribuyen igual al objetivo
3	Moderadamente preferida	La experiencia y el juicio favorecen un poco a un criterio frente al otro

5	Fuertemente preferida	La experiencia y el juicio favorecen fuertemente a un criterio frente al otro
7	Muy fuertemente preferida	Un criterio es favorecido muy fuertemente sobre el otro. En la práctica se puede demostrar su dominio
9	Extremadamente preferida	La evidencia favorece en la más alta medida a un factor frente al otro

Fuente: (36)

3. Síntesis: a pesar de realizar una descomposición jerárquica, el método contempla en todo momento la interdependencia existente entre los criterios y alternativas, por lo cual, el resultado se presenta para la totalidad y no para la particularidad.

Adicionalmente, este método contempla los siguientes principios:

1. El principio de descomposición: Para resolver la complejidad, el AHP permite estructurar un problema complejo en subproblemas jerárquicos con dependencias de acuerdo con el nivel de descomposición en el que se encuentren.
2. Juicios Comparativos: Permite realizar combinaciones en parejas de todos los elementos de un subgrupo con respecto al criterio principal del subgrupo, por ello se habla de comparaciones biunívocas
3. Composición Jerárquica o Síntesis de prioridades: Permite producir prioridades globales a través de las multiplicaciones de las prioridades locales, es decir, que una vez se tienen soluciones locales, se agregan para obtener la solución general que se está buscando.

Pasos para la realización de proceso de análisis jerárquico:

Paso 1. Creación de matriz de comparación por cada uno de los criterios: en esta matriz se realizará la comparación por pares de alternativas a evaluar (Tabla 3).

Paso 2: Puntuación de cada una de las comparaciones contempladas en la matriz. Esta puntuación se realiza utilizando la escala de comparación de Saaty ( Tabla 2). La calificación debe realizarse en los dos sentidos, es decir problema 1 vs 2 y problema 2 vs 1; realizando puntuación inversa en los casos correspondientes (ejemplo: 1/3, 1/5, 1/7 y 1/9).

**Tabla 3. Matriz de comparación**

Criterio	Magnitud		
Alternativas	Problema 1	Problema 2	Problema 3
Problema 1	1		
Problema 2		1	
Problema 3			1

Fuente: adaptado de (36)

Paso 3: Normalización de la matriz, la cual se obtiene de la división de cada término de la matriz sobre la suma de sus columnas. Esta matriz normalizada genera el vector de prioridad del criterio al promediar los valores de las filas.

Este procedimiento se repite para todos los criterios y también se realiza para comparar los criterios entre sí. Luego, con cada vector de prioridad obtenido para los criterios, se conforma una matriz de prioridad la cual se multiplica matricialmente con el vector de prioridad obtenido al realizar la comparación entre los criterios. Esto da como resultado un vector de prioridad de las alternativas, permitiendo identificar la o las alternativas con mayor calificación dado en término de porcentaje de preferencia. Adicionalmente, este método contempla el cálculo de un coeficiente de consistencia para validar que los juicios realizados no tengan errores entre ellos, es decir, que no se hayan presentado contradicciones en los mismos. Un valor de este coeficiente inferior a 0.10 es considerado aceptable (36).





### – Método point of truth calibration (POTCal) (21)

Es un método para la toma de decisiones complejas y ofrece una aproximación alterna al análisis de decisión multicriterio (MCDA), usando ecuaciones de regresión. Se utiliza tradicionalmente en toma de decisiones en problemas de bioseguridad operacional; sin embargo, Brokes et al 2017 publicaron este estudio piloto en el que lo usaron para priorizar enfermedades (21).

A diferencia de otros modelos empleados en el MCDA, el POTCal realiza una validación de los modelos empleados. Su punto de partida consiste en la construcción de escenarios de riesgo, de manera que los tomadores de decisiones realizan una evaluación de la importancia de los mismos con determinados criterios, de esta manera los expertos no necesitan considerar ponderaciones explícitas de los criterios, al contrario la ponderación de los criterios se hace de manera implícita.

El puntaje de importancia ( $I_i$ ) de la enfermedad  $i$  es una función del vector de criterios para la enfermedad ( $X_i$ ) y los parámetros asociados ( $B$ ) para calibrar la importancia de los criterios:  $I_i = g(X_i, B) + e_i$ ;  $e_i$  hace referencia a un término de error para los componentes de la importancia no explicados por los criterios. La selección de la forma de la función  $g$  puede realizarse usando estadísticas estándar o procedimientos de aprendizaje de máquinas (21).

Los pasos que se siguen en este procedimiento son:

1. Definir el propósito de la priorización de las enfermedades.
2. Identificar los tomadores de decisiones.
3. Seleccionar las enfermedades para ser priorizadas.
4. Seleccionar los criterios que reflejen el impacto de la enfermedad en los cuales se basa la decisión.
5. Recoger mediciones de objetivas de la enfermedad en cada uno de los criterios.
6. Evaluar las preferencias de los decisores por medio de un mecanismo trade-off para determinar los pesos de los criterios.
7. Agregar las dos mediciones anteriores.
8. Establecer un ranking de enfermedades de acuerdo con el puntaje total.
9. Examinar la sensibilidad y validez.
10. Elaborar la recomendación sobre la decisión.



#### – PASE (14)

Propone una semaforización de las tensiones para determinar cuáles requieren una atención prioritaria; si bien alguna tensión no se clasifica como prioritaria, se recomienda revisar si es o no pertinente su inclusión dentro del ejercicio. La priorización se obtiene evaluando factores relacionados con la tensión, con reforzadores y liberadores de la tensión. Los factores relacionados con la tensión son la intensidad (gravedad), cronicidad (duración), impacto y la ingobernabilidad social e institucional (debilidad institucional). Estos factores se califican en una escala de 1 a 3 (baja, media o alto nivel respectivamente) y se dividen entre 4. A estos se suma el puntaje de los reforzadores, también en una escala de 1 a 3, los cuales se refieren a situaciones, eventos o condiciones que agravan la tensión. Luego se hace una división por el puntaje en liberadores, también en una escala de 1 a 3, los cuales se refieren a situaciones que mitigan o disminuyen la tensión. Finalmente se obtiene una semaforización, así:

- Rojo: puntaje entre 4 y 6, la prioridad es alta.
- Amarillo: puntaje entre 2 y 3.9, la prioridad es mediana.
- Verde: puntaje menor a 2, la prioridad es baja.

Este ejercicio se realiza para todas las dimensiones de la PASE.

Con el propósito de construir escenarios para la planeación, además del ejercicio anterior PASE pide evaluar las tendencias futuras, es decir, qué pasará con las tensiones si no se intervienen. Por lo tanto, requiere evaluar cada uno de los criterios ante este escenario. La puntuación va, nuevamente de 1 a 3; por ejemplo en el escenario de la intensidad, si esta se intensifica significativamente a mediano y largo plazo se puntúa “3”, si el aumento es mediano se puntúa con “2” y si el aumento es leve se puntúa “1”. En el caso de la cronicidad se evalúa si la tensión tiende a permanecer en el tiempo, si se resuelve en el mediano plazo o si desaparece en el corto plazo; para el impacto se tiene en cuenta si la tensión tiene mayores impactos en el mediano y largo plazo en otras dimensiones, si tiene impactos medianos o si tiene impactos leves. En cuanto a la ingobernabilidad se valora si la tensión valora el nivel de ingobernabilidad, si influye medianamente, o si su nivel de afectación es bajo. Luego se suman estos valores y se divide entre 4.



Para obtener el puntaje final se suma el ejercicio inicial con el de la proyección de las tensiones. De esta manera se obtiene un nuevo semáforo con valores entre 7 y 9, 4 a 6.9 y menor a 4.

- **Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación (37)**

Este manual indica cómo se realiza la priorización de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares. Para esto se utilizan las variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, definidas como:

- Riesgo: riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- Costo: posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- Volumen: alcance del mejoramiento o cobertura o beneficio.

El puntaje en cada variable está entre 1 y 5 puntos, de la siguiente manera:

Puntaje de 1 a 5 para Riesgo

- 1 a 2: si al no realizar la acción no hay riesgo o el riesgo es leve para los usuarios o clientes internos.
- 3: si al no realizar la acción el riesgo es medio para los usuarios o clientes internos.
- 4 a 5: si al no realizar la acción el riesgo es medio o se puede presentar un evento adverso para los usuarios o clientes internos.

Puntaje de 1 a 5 para costo

- 1 a 2: si al no realizar la acción no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.
- 3: si al no realizar la acción se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.
- 4 a 5: si al no realizar la acción se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.

Puntaje de 1 a 5 para volumen



- 1 a 2: si al realizar la acción no se tiene una cobertura o alcance amplios o en los usuarios internos o externos el impacto es leve.
- 3: si al realizar la acción la cobertura o alcance es medio.
- 4 a 5: si al realizar la acción se tiene una cobertura o alcance amplios en la institución en los usuarios internos o externos.

#### **4.1.2. Diálogos con territorios**

El diálogo con los territorios permitió evidenciar elementos clave de la experiencia de implementación, los aprendizajes y estrategias que los territorios utilizan para responder a los requerimientos normativos. Sin embargo, se reconoce la heterogeneidad entre los territorios en términos del grado de desarrollo y recursos interinstitucionales que pueden ser puestos en acción para el cumplimiento de los objetivos de la PAIS.

La experiencia de implementación de PAIS, en su componente operacional: MAITE y las necesidades/dificultades que los territorios experimentan se sintetiza en las siguientes categorías producto del análisis de los datos cualitativos obtenidos a partir de los 4 grupos de territorios:

- Experiencias previas y estrategias territoriales para la gestión de la salud pública
- Aspectos críticos para el desarrollo de la PAIS
- Reglamentación asociada y su interpretación
- Articulación de actores y procesos
- Desafíos del marco metodológico

A continuación, se describe cada una de las categorías sintetizadas.

##### **- Experiencias previas y estrategias para la gestión de la salud pública**

Esta primera categoría es quizá la que presenta mayor heterogeneidad entre los participantes, pues las experiencias han sido diversas y están en estrecha relación con la trayectoria del territorio en términos de gobernanza de los asuntos sanitarios, pero también con



los recursos sociales/institucionales con los que se cuenta en la región para poder poner en acción la implementación de la política. Es decir, departamentos en los cuales se cuenta con infraestructura no solo en salud, sino universitaria, de grupos de investigación, entre otros recursos se generan alianzas pueden favorecer el proceso de implementación y por lo tanto de planificación y priorización de problemas.

Para los territorios el desarrollo y aprendizaje con MIAS posibilitó hacer una mejor implementación de MAITE, y de alguna manera esta experiencia previa determinó el “éxito” o “fracaso” de la experiencia actual:

*“En nuestro territorio la experiencia que ha tenido con la implementación de MAITE pero que tiene sus antecedentes en la implementación de MIAS. Nosotros partimos de un análisis de situación de salud profundizado que se desarrolló en los años 2016 y 2017 y a partir de ese análisis, se encontró cuáles eran esas prioridades que tenía la ciudad en términos de salud y de mejoramiento en las condiciones de salud de la población, también se entiende que era fundamental vincular a todos los actores del sistema al proceso de implementación del modelo y de la política” G1R*

*“Es importante tener en cuenta desde la formulación de la política PAIS y el MIAS inicialmente, el objetivo fundamental y lo que se buscaba era introducir unos cambios fundamentales en el sistema sin tener que hacerse a través de una ley modificatoria como la ley 100, y lo que se decía era que lo bueno había que preservarlo pero entrar hacer modificaciones sustanciales en todo el sistema, dándole una mayor trascendencia y la trascendencia que se ha querido con la política PAIS y el MAITE ya está claramente definida, lo que se está buscando es impactar en unos determinantes sociales de la salud, y es ahí donde nos tenemos que enfocar”G1J*

*“En nuestro territorio podemos empezar que el primer inconveniente que hemos tenido ha sido como conceptual, cuando se trabajó con el MIAS y de haber estudiado los documentos que salieron del ministerio para entender el MIAS, uno veía que esos documentos eran muy conceptuales y no operativos, entonces en su momento fue muy difícil decir eso que está ahí planteado conceptualmente como se lleva a la práctica. Se empezó a manejar el MIAS y lo entendimos como un modelo, y cuando estábamos en esa implementación llega MAITE con un planteamiento diferente desde el punto de vista estructural, en la primera visión que hicimos de MAITE, no lo identificamos como un modelo, nos pareció un plan de acción por líneas. La primera dificultad que encontramos fue encontrarle la estructura de modelo a MAITE cuando nuestra concepción inicial no era un modelo”G4M*



Sin duda alguna, PASE se referencia como el insumo que orienta la identificación y priorización de problemas en salud, aunque los propios territorios reconocen que puede ser un herramienta compleja y extensa, sin embargo, debido a los años que tienen de familiarizarse con la herramienta, resulta cada vez cercana y comprensible. A diferencia de esta estrategia, con la cual los territorios parecen sentirse cómodos, ven en MAITE una orientación sin rumbo claro, una serie de acciones sin articulación; por lo anterior, diversos territorios consideran que deben clarificarse los productos esperados en el marco de la implementación de MAITE, para establecer claramente las competencias que corresponden a los diferentes actores gubernamentales e instituciones involucradas y así garantizar el logro de una meta y la obtención de un producto verificable. Así mismo, deben considerarse el tiempo, los indicadores y los sistemas de información a emplear, pues debe evaluarse el proceso y su resultado de acuerdo a las competencias de cada actor, teniendo en cuenta el contexto local y regional, que cuenta con dinámicas propias de la gestión pública. De esta manera se favorecería un mejor seguimiento de los avances y la toma de decisiones oportunas.

Es visible el interés por identificar y centralizar el MAITE en la salud pública a nivel local. Se interesan por la ruta para articular a los actores implicados en la gestión del MAITE, para que así salud pública y prestación de servicios estén alineados; sin embargo, esto requiere de lo anteriormente expuesto, competencias, acciones y especialmente, de **productos claramente delimitados**. Esto además debe permitir la aplicación de los resultados de los ejercicios realizados para reconocer facilitadores y barreras a nivel departamental y municipal.

*“...encontrábamos dificultades como la forma en que se gestiona la Salud Pública desde las Alcaldías municipales, me refiero a la forma en que no se cuenta con un proceso de Gestión sistemática y que se inserte el MAITE de manera seria” G3D*

*“...el tema metodológico parte de definir muy bien cuál es el producto que se va a requerir para la implementación del MAITE, hago referencia a qué actividad específicamente le compete a la Secretaría de Salud del departamento, qué actividad a la secretaria municipal, a la empresa social del estado y al asegurador... muchas personas adoptan una herramienta pero no logran identificar cual es el producto, entonces cuando no hay un producto muy bien definido, se hacen gestiones pero se obtienen diferentes avances pero no algo específico” G3D.*

*“ Si hay algunas dificultades en la implementación es ver si está haciendo falta una línea más precisa desde el ministerio donde se especifique y se reglamente mejor los componentes asociados a unos objetivos específicos para MAITE, aterrizados en cada una*



*de las ocho líneas que nos da el modelo, pero basados en esos componentes aterrizados a unas actividades para poder revisar que insumos se requieren para cumplir y verificar las fuentes de financiamiento, ya que todo esto cuesta pero puede aportar ahorro al sistema de salud, para tener un equilibrio financiero y tener en cuenta que prima es el beneficio social-salud.” G1C*

A manera de síntesis, es importante mencionar que dentro de las estrategias para favorecer la gestión en salud pública y el desarrollo de la política se mencionan, los convenios con las universidades, los convenios docencia-servicio, la garantía de personal idóneo y la comunicación continua con los municipios.

- Aspectos críticos para el desarrollo de la PAIS

Como se mencionó en párrafos anteriores, cada territorio intenta con sus recursos sacar adelante los procesos, pero es tal la heterogeneidad de estos recursos que se identifica la necesidad de pensar en orientaciones muy aterrizadas a los avances de los grupos de territorios, unos requieren un acompañamiento más personalizado, detallado y de mayor soporte que otros, y esto determina el rumbo de la planificación. Parte importante de estos recursos es el talento humano, al respecto muchos de los territorios tienen la posibilidad de mantener a su personal, quien es no solamente formado sino además capacitado, otros territorios tienen una rotación de personal muy alta con contrataciones que no exceden los 3 meses y en los cuales el proceso para garantizar su permanencia es bastante difícil, por lo tanto, los procesos quedan a media marcha o se retrasa su inicio. Es en estos territorios dónde debe considerarse un plan de acompañamiento continuo y de fortalecimiento de la gobernanza del Ente Territorial.

*“...sin embargo en este trabajo se identificó que los municipios de 4°, 5° y 6° categoría su proceso de planeación y desarrollo, de todos los planes, metas objetivos programas y proyectos y que hacen los departamentos programas, proyectos y normas no cuentan con el talento humano suficiente para cobertura y alcance a todos estos planes y además las normas emitidas por el Ministerio de Salud. Cuando se hace el proceso de planeación se hace para las ciudades grandes, estas ciudades cuentan con talento humano” G2B*

*“...veo a nivel general que la rotación del talento humano es muy afectada, entonces la iniciación de periodo de gobierno se cambia la rotación del personal y la experticia que se ha logrado se pierde completamente y también se ha mencionado la vinculación tardía a las actividades a nivel departamental.” G2F*



*“...una fragmentación más relevante es en cuanto al tema de la rotación de personal propia del cambio de gobierno; entonces los que llegan no han tenido ni el tiempo ni modo de asimilar que modelo Integral de Salud sea el que es un modelo integral.” G2-W*

Además del talento humano, otros elementos críticos que se mencionan son los sistemas de información, la falta de articulación intersectorial, es decir dentro de los actores del sector salud, e intersectorial y la falta de una directriz clara y unificada del nivel central que pueda asumirse desde los territorios.

- Reglamentación asociada y su interpretación

Los participantes señalan que MAITE resulta claro, pero no así la reglamentación relacionada que permite diversidad de interpretaciones de la norma. La implementación de MAITE implica cambios en las modalidades de contratación, por lo que consideran que la propuesta realizada debería ser definitiva y sostenible en el tiempo, especialmente para la contratación en atención primaria en salud y gestión del riesgo, de modo que su implementación refleje un impacto positivo en la atención a los usuarios, los resultados de salud y el equilibrio de costos en el mediano y largo plazo.

Cabe destacar que, pese a que algunas actividades son específicas, existen limitantes que no permiten su adecuado encuadre en la gestión de la salud pública como es definida en la norma, por ejemplo, falta de disposiciones para la gestión de las responsabilidades y tiempos de cada uno de los actores implicados, elementos que quedan en la responsabilidad de contratistas y no asumir la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) de manera focalizada. Es entonces, que los participantes observan incongruencias entre lo que dice la norma y la manera de abordar la gestión de la salud pública que deben abordarse de manera prioritaria para que se logre lo esperado con la implementación del MAITE.

*“Está muy claro el tema de MAITE, pero no esta tan clara la reglamentación, apenas estamos a puertas de una propuesta de cambio en las modalidades de contratación que considero es definitiva, porque si se quiere tener realmente los impactos en salud que se esperan con la PAIS y llevar la salud a cada uno de nuestros usuarios en las condiciones que lo necesitan, necesitamos una reglamentación frente a la contratación de los servicios de salud que vayan en esa misma vía y que lo que evalué sea impactos en salud, está claro que esa atención básica en primer lugar le va a corresponder a la baja complejidad.” G3A*





*“También se encontró que elementos de esta política quedaban bajo la responsabilidad de contratistas, y habían actividades muy puntuales y de conocimiento de todos pero no se le daba ese marco serio de gestión como se ha definido en la norma. Esta limitación de no asumir la Política de Atención Integral de manera central y focalizada, junto con todo lo que empuja la política de salud pública ya esto es una limitación y cuando revisábamos esas estructuras de gestión al interior de las alcaldías, se veía que no hay claridad de rente a como se adopta estos elementos de la Gestión de la salud pública” G3D.*

*“Lo que nosotros necesitamos en integrar, articular y amarrar absolutamente toda la gestión en salud para poder mirar para el mismo lado y trabajar en el mismo sentido.” G2W*

### - **Articulación actores y procesos**

Los participantes expresan la dificultad para articular los diversos actores y procesos vinculados a la implementación del MAITE, pues si bien venían realizando algunas acciones, es evidente la fragmentación en cuanto al talento humano, sus actividades y funciones, así como de la estructura institucional, que lleva a pensar en falta de seriedad, lo cual se relaciona con algunos ejercicios en donde las actividades se han quedado sin finalizar y no han llegado a la esperada articulación.

Adicionalmente, mencionan que se ha realizado acompañamiento con algunos municipios para promover la dinamización de las acciones y la obtención de logros del modelo. Sin embargo, no incorporar el proceso de manera seria con los diferentes actores y fragmentar procesos como la contratación al interior de las instituciones, limitan la oportunidad y la continuidad en la gestión de la política, así como limitan la incorporación del enfoque de atención primaria en salud (APS). Por lo tanto, la articulación sectorial e intersectorial cobra vital importancia para el desarrollo de capacidades, para hacer operativo lo que implica la APS en el marco del MAITE, y allí son fundamentales los procesos participativos con diferentes actores y la unificación de herramientas con metodologías claras y precisas desde el Ministerio que favorezcan la articulación interinstitucional e interinstitucional claves para cumplir con el objetivo de MAITE y mejorar la prestación de la atención en salud en el territorio.

*“...se inició un acompañamiento con unos municipios puntuales, para que ellos dinamizaran todas las acciones y pudieran tener logros en términos del modelo; también esto hace que la autoridad sanitaria quede limitada, porque si no se incorpora este proceso de manera seria al interior de los actores en salud, pues hay limitaciones en términos de ejercer esa autoridad sanitaria. También se*



*encontró una limitación del talento humano que esta al interior de las alcaldías municipales gestionando estos asuntos, el tema de la fragmentación en la contratación, en la oportunidad y la continuidad de la contratación también de alguna manera no permitía que durante todo el tiempo se llevara una gestión de la política de atención integral en salud; son dos cosas muy grandes por un lado no contar con una estructura sería ni con el talento humano para dinamizarlo” G3D.*

*“Un problema para planificar acciones en salud, tiene que ver con la intersectorialidad que se requiere, es difícil lograr que las diferentes instituciones que hacen parte del sistema de salud de un territorio se motiven o lleguen a participar de estos procesos. Un problema de MIAS es que no existía un instrumento estandarizador, MAITE tiene la estandarización para que todos vayamos por la misma ruta, es importante tener una herramienta de construcción del MAITE que sea utilizado de forma global, que estandarice los procesos, aunque las prioridades en salud sean diferentes en cada uno de los territorios. Frente al acompañamiento pienso que se ha perdido, y es muy importante la asistencia técnica.”G4M*

#### - Desafíos del marco metodológico

Para la implementación de MIAS y MAITE se realizaron capacitaciones y se hicieron visitas, en los municipios conocían y consideraban tener claridad sobre el marco estratégico, pero enfrentarse al marco metodológico fue desafiante y limitó la implementación, pues si bien sabían sobre APS, no lograron encuadrarla en lo esperado con el modelo, mientras que otros municipios han aplicado la norma sin lograr enmarcarla en la APS, por lo que resulta fundamental brindar orientaciones claras al respecto. Destacan que esperan que MAITE sea una ayuda para la articulación del quehacer para el cumplimiento de las metas del territorio y no un esfuerzo adicional.

De otra parte, mencionan que debe tenerse en cuenta el diagnóstico y la priorización existente, y que las herramientas generadas para la implementación y su registro deben articularse con los planes de salud territoriales, así como tener en cuenta las ya existentes para no duplicar esfuerzos y por ende, hacer una gestión más efectiva de los recursos. Están de acuerdo con las dimensiones planteadas, pero precisan que debe contarse con una evaluación que permita una nueva priorización, y que no debe ser rígida, pues muchas veces se limitan a perspectivas epidemiológicas que deben trascenderse, así como tiempos variables de acuerdo a condiciones propias del territorio, la diversidad étnica y algunos determinantes estructurales que afectan la implementación y el desarrollo de las actividades propuestas. No obstante, es clave que independientemente de las dimensiones y/o criterios que se



apliquen, deben ser objetivas, claramente definidas conceptual y operativamente, y debe garantizarse su cumplimiento para favorecer la gobernanza que se ha desdibujado.

*“Se capacitaron a los municipios, se hicieron visitas, pero se llegó un momento en el que sabíamos y conocíamos cual era el marco estratégico, que era muy claro y nos daba la idea general de lo que había que hacer, pero cuando nos enfrentamos al marco metodológico es cuando nos frenamos, porque el marco estratégico es muy claro. La tarea es hacer APS, se hace esto, hacemos lo que se debe hacer, MIAS y MAITE, pero en realidad ese amarre de que la APS se sienta, se defina y normatice nunca se pudo lograr. Y ahora nos quedamos en que los municipios, las entidades y los prestadores están haciendo la 3280 pero no han asumido lo que se debe hacer en el marco de la APS, esto sería como la necesidad que se ha encontrado de como realmente se hace la APS” G3I.*

*“Identificaría 3 dificultades en esta implementación del MAITE, uno de los papeles importantes de las secretarías de las direcciones territoriales es la divulgación, acompañamiento y asistencia técnica a los actores, hemos visto que no ha sido fácil que el 100% de los aseguradores implementen las rutas integrales de salud, por ejemplo Bogotá ha priorizado más de 17 rutas integrales, pero cuando se llega a las asistencias técnicas con los actores, vemos que mucha información no llega al equipo operativo, sino que se queda en los mandos medios, y sería muy importante la divulgación con estrategias masivas para que nuestros equipos de salud, los que operan las atenciones puedan tener esa seguridad de que la información si les está llegando” G1Q*

*“Definitivamente es necesario partir de la identificación del problema, la priorización también nos preocupa un poco frente al tema de metas ya establecidas en los territorios, entonces la planeación anual de acuerdo a lo que está hoy día, nos lleva a la parte operativa mas no a replantearnos la priorización cada vez que suceda algo, me iría más partiendo de los problemas pero muy pegado al tema de priorización operativa, digamos no anual ni trimestral sino cuando se requiera o cuando la entidad territorial logre superar la situación problema identificada, que no siempre le corresponde a la entidad territorial dar la solución si no que depende de otros determinantes de tipo estructural” G3R.*

Es importante reafirmar, que los desafíos que enuncian los territorios están en estrecha relación con su avance, su capacidad instalada, sus recursos, entre otros elementos que se consideran. Por ejemplo, para los territorios con menores recursos la sola



implementación de las RIAS resulta en un trabajo complejo, y en sí mismo esta articulación representa enormes desafíos. Algunos territorios específicamente mencionan que un problema para planificar acciones en salud, tiene que ver con la intersectorialidad que se requiere y que es difícil lograr que las diferentes instituciones que hacen parte del sistema de salud de un territorio se motiven o lleguen a participar de estos procesos, de alguna manera consideran que una herramienta en el marco de MAITE debe ayudar a esa estandarización entre la heterogeneidad de los territorios, de modo que sea utilizado de forma global, que estandarice los procesos, aunque las prioridades en salud sean diferentes en cada uno de los territorios.

Otro de los elementos de análisis de lo descrito por los participantes está dado por las tensiones que surgen en identificación y priorización de problemas en el marco de MAITE y las herramientas que tienen para esto. Así, parecería necesario trazar una ruta que los ayude a establecer una herramienta como punto de partida, así lo dejan ver los participantes:

*“Creo que una herramienta que posibilite esa identificación de problemas pudiera ayudar en el sentido de articular los diferentes actores que no solamente es salud, para la construcción e implementación del MAITE; por ejemplo una herramienta que le pueda llegar a todos los actores de salud incluyendo los prestadores y que de alguna manera pues los comprometa en que asuman acciones para el modelo de atención, que pueda indicarles algunas fechas de cuando debería tener esas acciones de su competencia, e incluso para poder hacer seguimiento, la herramienta también podría ser útil si se trata de dar línea, de poder decir los principales problemas de salud de su jurisdicción, por favor escoja cuales le podría impactar” G1Q*

*“MAITE debió ser como previo, en el mismo proceso de la planeación se debió trabajar con PASE y con MAITE para ir haciendo las priorizaciones de los problemas en el mismo contexto articulado. Ahora tenemos que regirnos por lo que tenemos y ver en esa priorización de problemas que tenemos en el plan de desarrollo y plan territorial de salud, para hacer las priorizaciones y la implantación del MAITE, con unos objetivos y metas claras.” G2S*

*“MAITE nos da la oportunidad de empezar articular a través de las 8 líneas de acción, ¿cómo vamos a entrar a intervenir esta situación para posteriormente hacer la armonización? es decir nos faltan dos procesos, articular para luego armonizar y ver los resultados.” G2F*



Esta visión del preguntarse por dónde empezar, de buscar un orden, empieza a dejar en evidencia una tensión entre una herramienta de amplia difusión para la identificación de problemas y priorización para la formulación de Planes Territoriales de Salud (PTS) denominada Estrategia PASE a la Equidad en Salud y la posibilidad de encontrarse con nuevas herramientas. Un territorio mencionó que:

*“Estas situaciones generan mucha resistencia, no fue fácil entender la metodología PASE, y no hemos terminado de hacer algo, cuando se llega con otras tecnologías y herramientas. Cuando cambiamos tanto las metodologías y demás el territorio pierde confianza.” G2V*

Al tiempo que la tensión surge, los participantes encuentran también que existen puntos que permiten articular la herramienta PASE con la propuesta desde MAITE, dado que, ambas son concordantes, volviendo siempre a la intención de articular. De ahí pareciera que para los participantes, MAITE dada su esencia pone puntos de articulación Nación-territorio en sus 8 líneas, y PASE establece una ruta de identificación y priorización de situaciones de salud que se pueden articular a las líneas de MAITE.

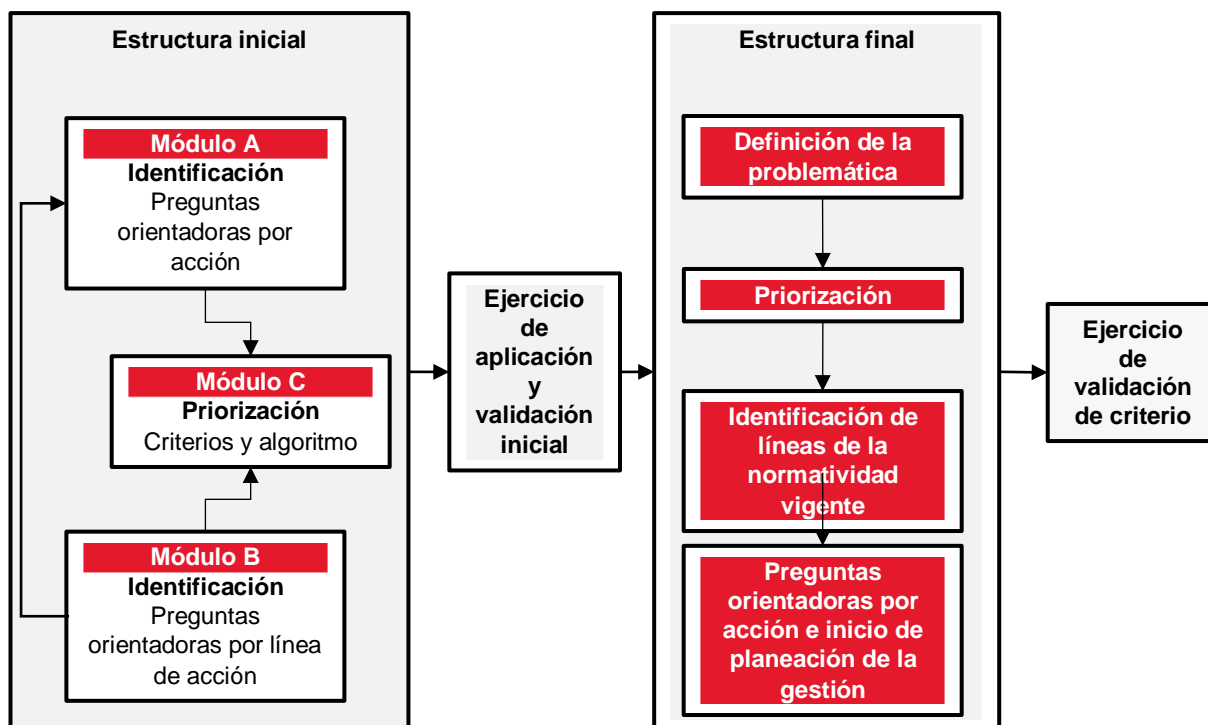
*“MAITE nos está pidiendo la priorización, y no debemos empezar a pedirle a los municipios cuáles son sus priorizaciones en salud y tomar la información que hay en el plan territorial de salud y comenzar a direccionarlo para determinar cuál es el peso que tiene cada una de las líneas de acción sobre el problema que voy a analizar en la priorización en salud, si logro identificar las líneas de acción y su prioridad de intervención hacia la situación en salud que se está analizando comienzo a identificar cuáles son los actores que debo vincular y le estoy dando solución a cada una de las líneas de acción” G2F*

Los anteriores insumos permiten ver la necesidad de contar con una herramienta versátil pero simple, si bien algunos territorios tienen unos desarrollos propios muy avanzados, la realidad de los territorios con menos avance muestra la necesidad de focalizar el aporte de la herramienta para facilitar la implementación de MAITE, incluso se considera relevante pensar en la posibilidad de crear una red de aprendizaje colectivo entre los territorios pues la experiencia del dialogo mostró que es posible que unos aprendan de otros y se compartan los aprendizajes y estrategias para sacar adelante los procesos de la mejor manera posible cumpliendo con la finalidad de la política.

#### 4.2. Desarrollo de la herramienta

Con la información recopilada de la revisión sistemática de la literatura y de los diálogos con los territorios, se llevó a cabo el desarrollo de la herramienta. Luego se hizo una aplicación y validación inicial de la herramienta a un problema reportado por uno de los territorios a partir del cual se hicieron respectivos ajustes; posterior a este procedimiento se construyó el instructivo para el diligenciamiento y se hizo una validación de criterio aplicando la herramienta a distintos problemas reportados por los territorios. El proceso seguido se presenta en la Error! Not a valid bookmark self-reference.:

**Figura 1. Proceso de desarrollo y validación de herramienta de identificación y priorización de problemas, necesidades o tensiones**



Fuente: elaboración propia.

La herramienta contaba inicialmente con tres módulos, los cuales podían ser usados de manera secuencial o independiente, dependiendo del momento de planeación en el que se encuentre el territorio. Estos módulos de la herramienta eran: Módulo A - Identificación: Preguntas orientadoras por cada acción incluida en las líneas de acción de la normatividad vigente; Módulo B - Identificación: Preguntas orientadoras por línea de acción de la normatividad vigente; y Módulo C - Priorización: Criterios y algoritmo.

Las preguntas orientadoras del módulo A y B fueron generadas por el equipo desarrollador contemplando preguntas que hicieran referencia a procesos y resultados. Todas las preguntas fueron revisadas por dos salubristas, como se indicó en la metodología.

Para el desarrollo del módulo C de priorización se consideraron los criterios identificados en la revisión sistemática de la literatura, los cuales se pueden observar de forma desagregada en la tabla de extracción de datos (**Anexo 6**). Esta información fue depurada y reagrupada por dos investigadores del grupo desarrollador (FS y LG), y los criterios incluidos en la herramienta y su definición operativa son los siguientes (Tabla 4):

Tabla 4. Criterios de priorización

Criterio	Definición operativa
Magnitud	<p>¿Qué tan grave es el problema?</p> <p>Fuerza o el grado de afectación de la tensión o problemática sobre los actores.</p> <p>Cuando se hace referencia a problemas en salud, también puede ser interpretado en términos de incidencia, prevalencia o de mortalidad por causas específicas, y en el caso problemas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública, es el grado de deficiencia del sistema o el programa.</p>
Cronicidad	<p>¿Hace cuánto se presenta el problema?</p> <p>Tiempo que lleva presente la tensión o problemática.</p>
Tendencia	<p>¿Cuál es la tendencia que presenta el problema en los últimos 5 años?</p> <p>Evalúa el grado en el que un problema está mejorando, estabilizándose o empeorando en tendencias en los últimos cinco años, o el grado de progreso de un programa para alcanzar una meta.</p>
Impacto	<p>¿Qué tanto impacta o afecta el problema?</p> <p>Nivel en el que la tensión afecta otras dimensiones del desarrollo del estado de salud poblacional.</p>



Criterio	Definición operativa
	También puede considerarse el grado de afectación de la calidad de vida causada por el problema, la carga para los servicios de salud y el efecto sobre la salud y el desarrollo sostenible.
Costo	¿Cuál es el costo o afectación financiera por (que conlleva) el problema? Es el costo financiero, que el problema de salud causa a la sociedad.
Repercusión negativa	¿El problema afecta a otros o se transmite a otros? La repercusión negativa en otras personas o territorios se mide por: <ul style="list-style-type: none"> <li>i) la naturaleza transmisible del problema de salud (por ejemplo, las enfermedades transmisibles)</li> <li>ii) los efectos conductuales relacionados con el problema de salud que pueden recaer en otros (por ejemplo, el tabaquismo pasivo y la conducción bajo los efectos del alcohol)</li> <li>iii) la capacidad del problema de propagarse y causar otros problemas.</li> </ul>
Inequidad	¿Existen inequidades en los problemas o programas? Inequidad se define en materia de salud como las desigualdades entre grupos de población que son injustas e injustificadas, así como innecesarias y evitables. Hace referencia a las diferencias en la presencia de enfermedades o acceso a los servicios o programas de salud en relación con grupos étnicos, género, ingresos, ubicación geográfica (rural versus urbana) u otros factores.
Ingovernabilidad	¿Qué tanta capacidad de respuesta tiene la institucionalidad o el Gobierno para dar solución a la tensión? Corresponde al grado en que la tensión desborda la capacidad institucional y de la sociedad para superar la tensión y restablecer el equilibrio.
Reforzadores	¿Existe alguna situación que empeore el problema? Factores (eventos, situaciones o condiciones) presentes en el territorio o fuera de él que agravan la tensión.
Liberadores	¿Existe alguna situación que disminuya o contrarreste el problema? Factores (eventos, situaciones o condiciones) presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión o problema.

Criterio	Definición operativa
Efectividad de las intervenciones	<p>¿Se cuenta con una solución o intervención para resolver el problema?</p> <p>¿Funcionan las soluciones o intervenciones para resolver el problema?</p> <p>En caso de programas orientados a las enfermedades es el grado que se producen resultados en condiciones normales. Es el producto de la tasa de éxito por el alcance potencial (población en esas condiciones o destinataria).</p> <p>En el caso de los programas orientados a los sistemas de salud o intervenciones en salud pública, es una evaluación cualitativa de la intervención.</p>
Factibilidad de la solución	<p>¿Se cuenta con una solución o intervención para resolver el problema?</p> <p>¿Se pueden implementar las soluciones existentes?</p> <p>Determina la viabilidad de la implementación de la solución sobre el problema específico.</p> <p>Esta viabilidad se relaciona con la disponibilidad de recursos económicos, de talento humano, posibilidad de continuidad en el tiempo de la solución como factores importantes para lograr llevar a cabo las acciones de mejoramiento.</p>

Fuente: elaboración propia con información de los artículos incluidos en la revisión (**Anexo 6**).

Estos módulos de la herramienta fueron ajustados de acuerdo con los hallazgos identificados por el equipo desarrollador cuando se llevó a cabo la aplicación de la herramienta a un problema real de un territorio. Como no siempre los territorios cuentan con alguna solución para las problemáticas, necesidades o tensiones, por ejemplo, cuando un problema es nuevo, los dos últimos criterios (efectividad y factibilidad) tienen una primera opción de respuesta para indicar esta carencia de solución si se presentase.

Para realizar la validación se seleccionó un problema al azar publicado en la página web de la gestión del plan decenal en salud pública (PDSP), a través del siguiente enlace: <https://sme-pdsp.minsalud.gov.co/Home/Informes>, y con dicho ejemplo se diligenció la herramienta, en su versión inicial.

Este ejercicio permitió identificar los siguientes hallazgos:

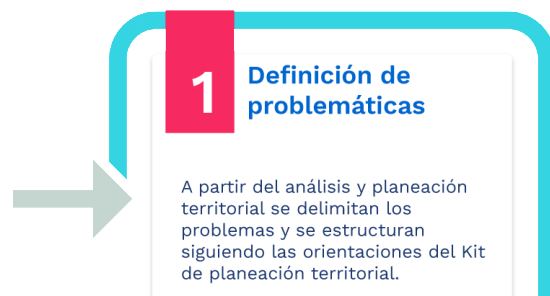


- Las problemáticas o tensiones reportadas por los territorios no se encuentran descritas de forma clara y precisa, contemplan en su redacción de forma poco ordenada el problema, las causas y sus consecuencias. Si bien esta situación se había identificado previamente, este ejercicio reforzó de forma práctica esta situación.
- El diligenciamiento de las preguntas orientadoras para determinar la línea de acción para el problema escogido fue de fácil aplicación a diferencia de las preguntas orientadoras para todas las acciones de las líneas de acción.
- Los criterios de priorización del problema fueron claros y fáciles de diligenciar.
- Usar las preguntas orientadoras sin un ejercicio inicial de identificación de problemas implica un uso excesivo de tiempo, así como repetición de respuestas o problemáticas a través de las líneas de acción o de las acciones de la normatividad vigente.
- Aunque las preguntas orientadoras por líneas de acción y acciones permiten analizar las problemáticas e identificar problemas adicionales, por ejemplo relacionados con el proceso, también proporcionan una orientación inicial para la gestión, pues permiten hacer una identificación de actividades o acciones para la gestión.
- Se requiere una orientación acerca de cómo hacer la definición adecuada del problema, de manera que, a partir de un problema correctamente planteado, puedan aplicarse los criterios de priorización, determinar las líneas de la normatividad vigente y proponer la gestión.

Posterior a este ejercicio de validación, teniendo en cuenta estos hallazgos, se reestructuró la herramienta, incluyendo dos módulos adicionales, uno específico de la definición del problema y otro para el inicio de la planeación de la gestión; así mismo, se ajustó la metodología para la aplicación de los módulos correspondientes a las preguntas orientadoras. El módulo de priorización no requirió ningún ajuste. En la

Figura 2. se representan los módulos y sus relaciones.

**Figura 2. Estructura de herramienta de definición y priorización de problemas, necesidades o tensiones.**





Una vez realizado el análisis de los métodos para realizar la priorización se construyó un algoritmo a partir de los propuestos en el método de Hanlon modificado y PASE.

Para obtener el puntaje final cada uno de los criterios incluidos para la priorización tiene una calificación entre 0 y 5, siendo 5 la calificación con mayor afectación o impacto. Todos los criterios se suman, excepto el de liberadores (el cual se resta) y esta suma se multiplica por un factor (1.818) para que el puntaje final tenga un máximo de 100; como es posible que para algunas problemáticas los territorios no cuenten con una solución, los criterios de efectividad y factibilidad tienen la posibilidad de ser calificados con “cero”, para que el territorio pueda priorizar el desarrollo de acciones para las que cuentan con intervenciones.

El puntaje general se obtiene con el siguiente algoritmo:

$$\text{Priorización} = ((\text{Magnitud} + \text{Cronicidad} + \text{Tendencia} + \text{Impacto} + \text{Costo} + \text{Repercusión negativa} + \text{Inequidad} + \text{Ingovernabilidad} + \text{Reforzadores}) - \text{Liberadores}) + (\text{Efectividad de las intervenciones} + \text{Factibilidad de la solución}) * 1.818$$

Obtendrá un puntaje máximo de 100, un mayor puntaje indica una mayor prioridad, así: prioridad alta (66.1 a 100 puntos), prioridad media (33.1 a 66 puntos) y prioridad baja (0 a 33 puntos). Si bien puede calcular el puntaje en forma manual, también puede utilizar el documento adjunto en Microsoft Excel.

La descripción detallada de cómo utilizar la herramienta y sus módulos se encuentra en el



Anexo 7 - Instructivo para la aplicación de la herramienta metodológica de priorización de problemáticas en salud que fortalezca la gestión territorial contribuyendo a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS. Adicionalmente, en el Esta herramienta se propone para ayudar a los territorios en el proceso de definición y priorización de problemáticas y necesidades en salud contribuyendo a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS. Sin embargo, los módulos correspondientes a la definición del problema y priorización se pueden utilizar de forma transversal en otros procesos de planeación y gestión, que deban enfrentar los territorios, teniendo en cuenta que los criterios empleados fueron obtenidos a través de una búsqueda de la literatura que dio cuenta de los métodos de priorización a través de una variedad de problemáticas y necesidades en salud.

La herramienta que se presenta a continuación está conformada por 5 módulos los cuales le ayudarán a describir de manera adecuada los problemas, necesidades o tensiones de su territorio (Módulo 1), hacer priorización de los mismos (Módulo 2), identificar las líneas y acciones dentro de los procesos de planeación que se estén llevando a cabo (por ejemplo, implementando la normatividad vigente) (Módulo 3), analizar si los problemas, necesidades o tensiones se relacionan con el cumplimiento de algún resultado o proceso (Módulo 4), las respuestas generadas de este proceso le sirven como insumo para iniciar un proceso de planeación de la gestión (Módulo 5); sin embargo, el desarrollo de este último módulo no está dentro del alcance de este documento. En la Figura se representan los módulos y sus relaciones. Estos módulos se pueden aplicar de manera secuencial o independiente, de acuerdo con los avances que se tengan en el territorio.





**Figura 1. Estructura de herramienta de definición y priorización de problemas, necesidades o tensiones.**

Esta herramienta se propone como un instrumento para facilitar la definición y priorización de problemas, necesidades o tensiones, articulando elementos de otras herramientas existentes en planeación territorial tales como el KIT (53) y el PASE a la equidad (14) entre otros.

A continuación se describe cada uno de los módulos que integran la herramienta, además se ejemplifica la aplicación de cada uno de estos.



## 1. Definición de problemáticas

En el proceso de definir correctamente un problema se requiere profundizar en el análisis de las situaciones de cada territorio, identificando la población a la que afecta y su localización. Lograr una adecuada descripción de un problema es un avance hacia la solución. Con el fin de ilustrar cómo se define un problema, a continuación se parte de uno ya descrito por un municipio.

De acuerdo con las recomendaciones descritas en el KIT por el DNP, para definir adecuadamente el problema, es importante evidenciar situaciones negativas en cada línea de acción, que respondan tanto a las competencias como a las problemáticas más sentidas que tiene la entidad territorial, así como describir únicamente el problema, separándolo de las causas y consecuencias. Para ello, la entidad territorial responsable de la formulación debe responder cuatro preguntas:

- ¿Cuáles son las situaciones negativas que podrían convertirse en problemas claves a analizar?
- ¿Por qué exactamente eso es un problema?
- ¿Qué grupo poblacional se ve afectado por cada uno de los problemas?
- ¿Dónde se presenta o localiza el problema en territorio?

**Clave:** El DNP recomienda consultar el documento de enfoque étnico de la biblioteca del KPT. Para consignar la respuesta a estas preguntas y ordenar la información propone el formato “Problemas territoriales por línea estratégica”.

Para la correcta definición del problema, se debe evitar el uso de expresiones como “falta de...” o “ausencia de...” Para dar claridad a la descripción se aconseja el uso de palabras como: limitado, escaso, costoso, bajo, restringido, ineficiente, incipiente, frágil, malo, ineficaz, débil, inadecuado, alto, excesivo, elevado, entre otras.



### Ejemplo de problema identificado en un territorio

El problema seleccionado fue el siguiente: “El desconocimiento de la ruta de atención a víctimas de violencia basada en género con énfasis en violencia sexual y baja adherencia a los protocolos de atención a víctimas han generado deficiencia en la calidad de la atención integral en salud a las víctimas (cumplimiento en 2019 de protocolo resolución 459 del 60%) que conlleva a embarazos no deseados, incremento en la incidencia de infecciones transmisión sexual y VIH, trastornos de salud mental, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, reforzado por la desarticulación intersectorial, con mayor afectación en la población de niños, niñas, adolescentes, mujeres, poblaciones en condiciones de discapacidad, etnias, víctimas del conflicto, este municipio es uno de muchos con las mayores tasas, situación que viene presentándose desde hace más de diez años, implicando la baja credibilidad en la institucionalidad, baja garantía de los derechos de las víctimas en salud, protección y justicia, cabe resaltar que en el departamento se cuenta con un comité consultivo departamental de prevención de la violencia basada en género con énfasis en violencia sexual, con compromiso por parte de sus integrantes, desde donde se ha venido concertando acciones que permita fortalecer la prevención, la atención intersectorial e interinstitucional a víctimas y el sistema de información con relación al tema, además desde acciones colectivas se viene trabajando en la sensibilización de este tema con sector educativo”.

En este ejemplo se puede identificar una problemática que define algunas causas y consecuencias, como se ilustra a continuación:

Problemas	Causas	Consecuencias
Baja adherencia a los protocolos de atención	Desconocimiento de la ruta de atención integral.  Desarticulación intersectorial, con mayor afectación en la población de niños, niñas, adolescentes, mujeres, poblaciones en condiciones de discapacidad, etnias, víctimas del conflicto.	Deficiencia en la calidad de la atención integral a víctimas.  Embarazos no deseados, incremento en la incidencia de infecciones transmisión sexual y VIH, trastornos de salud mental, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas.



Si la situación negativa encontrada es: "... escaso conocimiento de la ruta de atención a víctimas de violencia basada en género con énfasis en violencia sexual. Esto implica para la entidad territorial un esfuerzo alto para mejorar".

El problema concretamente a describir sería: "baja adherencia a los protocolos de atención a víctimas".

Si según los datos encontrados este problema está afectando principalmente a niños, niñas, adolescentes, mujeres, poblaciones en condiciones de discapacidad, etnias y víctimas del conflicto, el registro correcto de esta información en el formato sería: ***"baja adherencia a los protocolos de atención a víctimas que afecta principalmente a niños, niñas, adolescentes, mujeres, poblaciones en condiciones de discapacidad, etnias y víctimas del conflicto"***.

Es probable que existan problemas de alta complejidad, donde la solución tal vez exceda los cuatro años de gobierno. Estos problemas deben discutirse al momento de identificar las oportunidades de articulación, puesto que usualmente están asociados con retos de gestión que involucran a otras entidades territoriales y el gobierno nacional.

Es recomendable el uso de indicadores de resultados sujetos de seguimiento, procurando el uso de fuentes de información oficiales que garanticen la calidad de la información.

## 2. Priorización de problemáticas

Luego de identificar el (los) problema(s) y plantearlo(s) de acuerdo con lo mencionado en el apartado anterior, puede realizar la priorización de los mismos, y con esto puede seguir avanzando en los pasos de la herramienta para lograr plantear acciones de gestión sobre los mismos.

En este módulo la herramienta permite obtener una valoración o puntaje para cada problema, una clasificación de prioridad y un ordenamiento; aunque la herramienta le sugiere tres posibles categorías de prioridad (alta, media o baja), esta es solo una



orientación, pues en su ejercicio de planeación puede incluir más o menos problemas para resolver, de acuerdo con su disponibilidad de recursos.

## 2.1. Criterios de priorización

Los criterios de priorización, su definición operativa y las opciones de respuesta, se ilustran en la Tabla 1.

Debe realizar la priorización de las problemáticas, necesidades o tensiones usando los criterios magnitud, cronicidad, tendencia, impacto, costo, repercusión negativa, inequidad, ingobernabilidad, reforzadores y liberadores. Una vez realizada esa priorización, si dispone de algún tipo de solución a la problemática, debe aplicar los criterios de efectividad y factibilidad a esos problemas priorizados (dependiendo de la cantidad puede escoger los clasificados en prioridad alta o los de prioridad alta y moderada), para determinar cuáles son los problemas que su territorio puede empezar a solucionar en el corto plazo.

**Tabla 1. Criterios de priorización, definición y opciones de respuesta.**

Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
Magnitud	<p>¿Qué tan grave es el problema? Se refiere a la fuerza o grado de afectación de la problemática, tensión o necesidad.</p> <p>Cuando se hace referencia a problemas en salud, puede ser interpretado en términos de incidencia, prevalencia o de mortalidad por causas específicas, y en el caso problemas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública, es el grado de deficiencia del sistema o de la acciones implementadas.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: Problema menor, baja prevalencia o baja deficiencia de las acciones en salud implementadas.</p> <p>2-3: Problema intermedio, prevalencia media, capacidad de acceso o respuesta intermedia de las acciones en salud implementadas.</p> <p>4-5: Problema mayor, alta prevalencia o alta deficiencia de las acciones en salud implementadas.</p>



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
Cronicidad	¿Hace cuánto se presenta el problema? Tiempo que lleva presente la tensión o problemática.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Reciente (<5 años) 2-3: Aparición mediana (entre 5 y 10 años) 4-5: Mayor a 10 años
Tendencia	¿Cuál es la tendencia que presenta el problema en los últimos 5 años? Evalúa el grado en el que un problema está mejorando, estabilizándose o empeorando en tendencias en los últimos cinco años, o el grado de progreso de un programa para alcanzar una meta.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Mejorando 2-3: Estabilizándose 4-5: Empeorando
Impacto	¿Qué tanto impacta o afecta el problema? Nivel en el que la tensión afecta otras dimensiones del desarrollo del estado de salud poblacional.  También puede considerarse el grado de afectación de la calidad de vida causada por el problema, la carga para los servicios de salud y el efecto sobre la salud y el desarrollo sostenible.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Bajo impacto 2-3: Mediano impacto 4-5: Alto impacto
Costo	¿Cuál es el costo o afectación financiera por (que conlleva) el problema? Es el costo o el impacto financiero, que el problema de salud causa a la sociedad.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Bajo costo - Bajo impacto en el presupuesto territorial 2-3: Costo intermedio - impacto moderado en el presupuesto territorial 4-5: Alto costo - Alto impacto en el presupuesto territorial
Repercusión negativa	¿El programa afecta a otros o se transmite a otros?	Puntaje de 0 a 5 0-1: Repercusión negativa baja



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
	<p>La repercusión negativa en otras personas o territorios se mide por:</p> <p>i) la naturaleza transmisible del problema de salud (por ejemplo, las enfermedades transmisibles)</p> <p>ii) los efectos conductuales relacionados con el problema de salud que pueden recaer en otros (por ejemplo, el tabaquismo pasivo y la conducción bajo los efectos del alcohol)</p> <p>iii) la capacidad del problema de propagarse y causar otros problemas.</p>	<p>2-3: Repercusión negativa intermedia</p> <p>4-5: Repercusión negativa alta</p>
Inequidad	<p>¿Existen inequidades en los problemas o programas?</p> <p>Inequidad se define en materia de salud como las desigualdades entre grupos de población que son injustas e injustificadas, así como innecesarias y evitables.</p> <p>Hace referencia a las diferencias en la presencia de enfermedades o acceso a los servicios o programas de salud en relación con grupos étnicos, género, ingresos, ubicación geográfica (rural versus urbana) u otros factores.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: sin diferencias entre grupos de población</p> <p>2-3: diferencias moderadas entre grupos de población</p> <p>4-5: diferencias marcadas entre grupos de población</p>
Ingobernabilidad	<p>¿Qué tanta capacidad de respuesta tiene la institucionalidad o el Gobierno para dar solución a la tensión?</p> <p>Corresponde al grado en que la tensión desborda la capacidad institucional y de la sociedad para superar la tensión y restablecer el equilibrio.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: Se ha dado respuestas a la situación y no hay necesidad de apoyo externo del nivel superior*</p> <p>2-3: Moderada capacidad para dar respuesta a la situación y necesidad de apoyo parcial del nivel superior*</p> <p>4-5: Baja capacidad para dar respuesta a la situación y</p>



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
		necesidad de apoyo total del nivel superior* Nota: dependiendo de quién diligencie la herramienta se puede solicitar apoyo a otro nivel; los niveles son municipal, departamental o nacional.
Reforzadores	¿Existe alguna situación que empeore el problema? Factores (eventos, situaciones o condiciones) presentes en el territorio o fuera de él que agravan la tensión.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Situación que poco agrava - no existencia de reforzador 2-3: Situación que refuerza medianamente la tensión 4-5: Situación que agrava significativamente la tensión
Liberadores	¿Existe alguna situación que mitigue, disminuya o contrarreste el problema? Factores (eventos, situaciones o condiciones) presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión o problema.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Liberador con poco impacto sobre la tensión o no existencia de liberador 2-3: Liberador que medianamente ayuda a superar la tensión 4-5: Liberador con efecto alto para equilibrar la tensión
Los criterios que se presentan a continuación se aplican a problemáticas, necesidades o tensiones para las que existen intervenciones para su solución. Si no se cuenta con soluciones puede marcar la opción 0.		
Efectividad de las intervenciones	¿Se cuenta con una solución o intervención para resolver el problema? ¿Existen y funcionan las soluciones o intervenciones para resolver el problema?	Puntaje de 0 a 5 0: No se cuenta con una intervención 1: Baja efectividad de la intervención (sin diferencias)





Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
	<p>En caso de programas orientados a las enfermedades es el grado que se producen resultados en condiciones normales. Es el producto de la tasa de éxito por el alcance potencial (población en esas condiciones o destinataria).</p> <p>En el caso de los programas orientados a los sistemas de salud o intervenciones en salud pública, es una evaluación cualitativa de la intervención.</p>	<p>2-3: Efectividad intermedia de la intervención (diferencias moderadas)</p> <p>4-5: Efectividad alta de la intervención (diferencias grandes)</p>
Factibilidad de la solución	<p>¿Se cuenta con una solución o intervención para resolver el problema?</p> <p>¿Se pueden implementar las soluciones existentes?</p> <p>Determina la viabilidad de la implementación de la solución sobre el problema específico. Esta viabilidad se relaciona con la disponibilidad de recursos económicos, de talento humano, posibilidad de continuidad en el tiempo de la solución como factores importantes para lograr llevar a cabo las acciones de mejoramiento.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0: No se cuenta con una solución (se marcó 0 en el criterio anterior)</p> <p>1: Factibilidad baja</p> <p>2-3: Factibilidad intermedia</p> <p>4-5: Factibilidad alta</p>

Fuente: elaboración propia

Como fuentes de información para realizar esta valoración de los problemas se cuenta con el Análisis de Situación de Salud – ASIS, la estrategia PASE a la equidad en salud, y otras fuentes de información oficial que considere relevante para hacer el análisis. El objetivo de esta herramienta es utilizar de manera unificada la información con la que ya cuenta el territorio.

## 2.2. Obtención de valoración o puntaje



Para obtener el puntaje final cada uno de los criterios incluidos para la priorización tiene una calificación entre 0 y 5, siendo 5 la calificación con mayor afectación o impacto. Todos los criterios se suman, excepto el de liberadores (el cual se resta) y esta suma se multiplica por un factor (1.818) para que el puntaje final tenga un máximo de 100; como es posible que para algunas problemáticas los territorios no cuenten con una solución, los criterios de efectividad y factibilidad tienen la posibilidad de ser calificados con “cero”, para que el territorio pueda priorizar el desarrollo de acciones para las que cuentan con intervenciones.

El puntaje general se obtiene con el siguiente algoritmo:

Priorización = ((Magnitud + Cronicidad + Tendencia + Impacto + Costo + Repercusión negativa + Inequidad + Ingovernabilidad + Reforzadores) – Liberadores) + (Efectividad de las intervenciones + Factibilidad de la solución)\*1.818

Obtendrá un puntaje entre 0 y 100, un mayor puntaje indica una mayor prioridad, así: prioridad alta (66.1 a 100 puntos), prioridad media (33.1 a 66 puntos) y prioridad baja (0 a 33 puntos). Si bien puede calcular el puntaje en forma manual, también puede utilizar el documento adjunto en Microsoft Excel.

#### Ejemplo de priorización

Continuando con el ejemplo planteado en el apartado anterior de “*baja adherencia a los protocolos de atención a víctimas*” se presenta su valoración, la cuál será de utilidad en la priorización de los problemas del territorio:

Criterio	Puntaje	Explicación
Magnitud	5	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 3
Cronicidad	5	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 3
Tendencia	4	Comparando el ASIS de 2016-2019 con el ASIS 2020 la situación ha empeorado.
Impacto	5	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 3
Costo	5	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 3



Repercusión negativa	5	Esta problemática genera aparición de otras condiciones como lo son el embarazo adolescente, ETS, trastornos de la salud mental y consumo de SPA.
Inequidad	5	La población de (...) es una población vulnerable debido a su población que en su mayoría está en lo rural y rural disperso, con presencia de grupos al margen de la ley.
Ingovernabilidad	2	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 2, falta unión a nivel intersectorial
Reforzadores	5	Desarticulación intersectorial en el manejo de los programas MIAS - RIAS en el municipio (Portal de Gestión del PDSP)
Liberadores	1	Se cuenta con un comité consultivo departamental de prevención de las Violencia Basada en Genero (VBG) con énfasis en violencia sexual, con compromiso por parte de sus integrantes, desde donde se ha venido concertando acciones que permita fortalecer la prevención, la atención intersectorial e intrainstitucional a víctimas y el sistema de información con relación al tema, además desde acciones colectivas se viene trabajando en la sensibilización de este tema con sector educativo (portal de Gestión del PDSP)
Efectividad de las intervenciones	5	Actualmente se cuenta con la ruta de atención en salud, lo cual puede tener un impacto importante en la población, existen otras variables sociodemográficas que dificultan la implementación de estas estrategias.
Factibilidad de la solución	3	La problemática descrita es la de mayor impacto en la población según el ASIS 2020, no obstante tiene otras condiciones sociodemográficas que dificulta la adherencia a las estrategias gubernamentales y del sector salud.
Priorización con efectividad y factibilidad: ALTA	87.3	Puntaje = $(85+5+4+5+5+5+5+2+5-1+5+3)*1.818$



El problema planteado tiene una priorización alta; teniendo en cuenta que dispone de posibles soluciones o intervenciones, es candidato a ser considerado dentro de las acciones y compromisos de gestión del territorio.

### 3. Selección de líneas de acción

Una vez aplicados los Módulos 1 y 2, el siguiente paso consiste en determinar las líneas de acción relacionadas con la problemática que está trabajando; estas líneas de acción corresponden a las propuestas en la normatividad vigente (por ejemplo las líneas de acción de MAITE). Si ya ha identificado problemas, necesidades o tensiones de salud en el territorio dentro del marco de la planificación territorial ya sea en el ASIS o en el desarrollo de la estrategia PASE a la equidad, las preguntas orientadoras presentadas a continuación en la Tabla 2 le ayudarán a determinar cuáles líneas de acción debe analizar.

**Tabla 2. Preguntas orientadoras de la línea de acción la normatividad vigente**

Línea de acción	Pregunta Orientadora	Respuesta Si/No
Aseguramiento	¿El problema de afiliación tiene que ver en su territorio con la no captación o subregistro de su población y su caracterización?  ¿Su territorio cuenta con cobertura universal priorizando la población vulnerable, reportando novedades, monitoreo y seguimiento de prestación con calidad de necesidades y expectativas de afiliados, garantizando la oportunidad entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de Salud?	
Salud pública	¿Este problema está relacionado con las condiciones de salud de la población y su solución implica la generación de políticas y la articulación de respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias? ¿Los análisis de situación de salud en su territorio se hacen con enfoque de determinantes sociales con acciones que	



Línea de acción	Pregunta Orientadora	Respuesta Si/No
	corresponden a las 8 dimensiones prioritarias y las dos transversales del PDSP?	
Prestación de servicios	¿La problemática requiere implementar acciones que garanticen el acceso a los servicios de salud, optimicen los recursos o mejoren la calidad de los mismos para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud que requiere el territorio?	
Talento humano en salud	¿La problemática podría solucionarse (parcial o completamente) implementando acciones que mejoren la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano en salud que se encuentra en el territorio?	
Financiamiento	¿La problemática comprende la planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho a la salud?	
Enfoque diferencial	¿El problema podría solucionarse teniendo en cuenta o reconociendo las particularidades de las poblaciones y las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en situaciones de marginalidad y de mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud?	
Intersectorialidad	¿La solución a esta problemática implica la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios de los participantes del sector salud (públicos, privados y organizaciones sociales)?	
Gobernanza	¿La problemática requiere de la integración de acciones para la gestión de la salud por parte de la sociedad civil y de la autoridad sanitaria para contribuir al goce efectivo del derecho a la salud?	



**Ejemplo de selección de líneas de acción**

Línea de acción	Respuesta Si/No	Explicación
Aseguramiento	No	El problema no está relacionado con el aseguramiento debido a la existencia de alternativas de tratamiento como la "ruta de atención a víctimas de violencia basada en género".
Salud pública	Si	La problemática está relacionada con las condiciones de salud de la población.
Prestación de servicios	Si	El desconocimiento de la ruta de atención por parte de los actores participantes (personal de salud, pacientes, administrativos y entidades gubernamentales) hace que no se brinde un servicio de calidad.
Talento humano en salud	Si	Si bien en la problemática no se especifica quien desconoce la ruta de atención, puede entenderse que el personal de salud desconoce esta, razón por la cual es necesario realizar procesos de capacitación en esta temática.
Financiamiento	No	No se menciona en la problemática la relación con los recursos.
Enfoque diferencial	Si	Es importante tener en cuenta la población que se describe en la problemática y por este motivo se requiere un enfoque diferencial.
Intersectorialidad	Si	La problemática está "Reforzada por la desarticulación intersectorial".



Gobernanza	Si	Se requiere una mejor articulación entre las instituciones gubernamentales y la sociedad civil.
------------	----	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: elaboración propia

#### 4. Selección de acciones de la normatividad vigente y resolución de preguntas orientadoras

Una vez seleccionadas las líneas de acción en el módulo 3, se procede a determinar qué acciones están relacionadas con la problemática. Se presenta dos grupos de preguntas para cada una de las acciones (en este ejemplo, del MAITE), el primer grupo son preguntas referidas a los resultados, donde puede evidenciar el cumplimiento de la acción; el siguiente grupo está enfocado al proceso, lo cual le ayudará a determinar si existe algún vacío con los procesos de gestión relacionados.

##### Ejemplo de selección y aplicación de preguntas orientadoras

Para ejemplificar este módulo se escogió una de las líneas de acción de identificadas en el módulo anterior “Salud Pública” y posterior a esto seleccionó una de las la acciones “Adoptar, adaptar, implementar y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud de manera articulada con los demás integrantes del sistema de salud que operan en el territorio”, finalmente se responde a las preguntas de resultado y proceso, como se puede ver a continuación:

Acción	Preguntas Orientadoras	Respuesta
Adoptar, adaptar, implementar y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud de manera articulada con los demás integrantes del sistema de salud que operan en el territorio.	Resultado	
	1. ¿Se han identificado los actores clave en la adopción de las RIAS en los servicios de salud locales?	No
	1. ¿Se cuenta con indicadores para evaluar la implementación, cumplimiento, aceptabilidad, cobertura y otros resultados de la implementación de RIAS en el territorio?	No
	Proceso	



	1. ¿Se cuenta con actividades que promuevan la implementación de RIAS en todos los actores del servicio de salud en el territorio?	Si
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

En el archivo **Herramienta de Priorización.xlsx** se presentan los siguientes instrumentos:

- Hoja Priorización: criterios para la priorización
- Hoja Identificación de líneas: preguntas para determinar cuáles son las líneas de acción de la normatividad vigente relacionadas con la problemática.
- Hoja Preguntas orientadoras: línea de acción, acciones y preguntas de resultado y proceso para analizar la problemática e iniciar la identificación de acciones de gestión.

**5. Inicio de la planeación de la gestión**

Las respuestas dadas a las preguntas orientadoras del módulo anterior le servirán como insumo para hacer la planeación de la gestión, la cual tendrá como punto de partida la determinación de las acciones que se deben llevar a cabo. Este paso debe ser parte de una herramienta de gestión en la que se incluyan compromisos, responsables, tiempos, etc.





**Anexo 8** se encuentra el módulo de priorización, en el Anexo 9 el módulo de identificación de líneas de acción y en el



Anexo 10 el módulo de preguntas orientadoras.

#### 4.3. Validación de criterio

La herramienta propuesta consta de distintos módulos para ayudar a los territorios a realizar su proceso de identificación y priorización de problemas dentro del marco de la política de Atención Integral en Salud-PAIS; teniendo en cuenta que dos de los módulos de la herramienta se enfocan en ayudar a determinar las líneas de acción de la normatividad vigente y las acciones relacionadas con las problemáticas, necesidades o tensiones de los territorios –para lo cual no fueron encontradas herramienta en los documentos consultados–, el ejercicio de validación de criterio se realizó comparando la priorización arrojada por esta herramienta y la arrojada por el PASE.

Para esto se seleccionaron las siguientes problemáticas o tensiones (se omiten nombres de municipio o departamento):

**Problemática 1.** “La falta de compromisos de los diferentes actores y sectores del Departamento ha generado el bajo desarrollo del enfoque diferencial para el adulto mayor en el territorio que conlleva a que solo el 6.25% de los municipios cuenten con adopción e implementación de la Política Pública Departamental de Envejecimiento y Vejez, esta situación está presente hace más de una década, afectando principalmente a la población vulnerable de personas adultas mayores de 60 años y más del departamento que corresponde al 14.08% de la población (229.212 personas de 60 y más años DANE Proyección 2020 Censo 2018), con implicaciones en la baja cobertura de servicios diferenciales sociales y de salud, garantía de derechos para la población adulto mayor, maltrato y abandono al adulto mayor, inadecuada atención y cuidado diferencial al adulto mayor, mayores costos en los servicios sociales y de salud del territorio”.

**Problemática 2.** “En el Municipio la falta de cultura de autocuidado y los hábitos y estilos de vida poco saludables explican que en el periodo 2009 – 2018 las enfermedades no transmisibles ocupen el primer lugar en la morbilidad atendida para los ciclos vitales de infancia, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores de 60 años. Adicionalmente en población general del municipio del año 2007 al año 2017 la mayor causa de muerte fueron las Enfermedades del Sistema Circulatorio que para el último año de estudio presentó una tasa de mortalidad por esta causa de 178,6 por cada 100.000 habitantes. Esta situación afecta principalmente a adultos y personas mayores de 60 años. Los anteriores indicadores reflejan la importancia de continuar implementando y fortaleciendo las estrategias encaminadas a disminuir la carga de enfermedad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles”.

**Problemática 3.** “En el municipio de (...), existen algunas barreras de acceso y deficiencias en la calidad y la atención prestada de los servicios de salud sexual y reproductiva; debido a que no se ha logrado la vinculación efectiva y comprometida de los distintos actores y sectores que están implicados en la garantía de los derechos sexuales y derechos



reproductivos así como la baja capacidad a nivel municipal para la inspección y vigilancia de las instituciones”.

En la Tabla 5 se presenta el resultado de la priorización obtenida al aplicar la herramienta propuesta y la priorización obtenida en el PASE. En el Anexo 11 se presentan los resultados de la calificación de cada uno de los criterios de priorización.

**Tabla 5. Resultado ejercicio de priorización**

Problema	Tipología municipal	Priorización inicial PASE Puntaje (Clasificación)	Priorización final PASE Puntaje (Clasificación)	Puntaje de Priorización (Clasificación)
Problemática 1	F	4.5 (Alta)	7.25 (Alta)	78.2 (Alta)
Problemática 2	C	5 (Alta)	6 (Media)	38.2 (Media)
Problemática 3	B	2.75 (Media)	5.75 (Media)	65.4 (Media)

Aunque se presenta el resultado solo para tres diferentes municipios con diferentes complejidades (representando las tres tipologías propuestas por el DNP: desarrollo robusto, desarrollo intermedio y desarrollo temprano), lo cual no resulta adecuado para obtener alguna estimación estadística, tipo coeficiente de correlación o de acuerdo, hay una tendencia a mostrar priorizaciones similares, pero puede observarse alguna variabilidad entre las calificaciones de prioridad, obtenidas con los criterios del PASE y con la herramienta propuesta en su segundo módulo.

Este resultado es esperado teniendo en cuenta que el segundo módulo involucra más criterios de priorización que los usados por el PASE, identificados en la literatura: equidad, tendencia del problema (en el PASE se considera la tendencia futura si no se interviene, pero en el módulo propuesto se refiere a la tendencia que se puede analizar con datos ya recogidos), efectividad de las intervenciones y factibilidad de las intervenciones. Estos elementos pueden modificar la prioridad definida únicamente a partir de intensidad, cronicidad, impacto, ingobernabilidad, reforzadores y liberadores, logrando una mejor discriminación de las problemáticas al contar con más criterios: por ejemplo, problemáticas con valores similares en estos criterios, pueden diferir en inequidad o en la disponibilidad de intervenciones factibles, con lo cual la prioridad que le deben dar los territorios será diferente.

Una ventaja adicional que trae la inclusión de más criterios para la priorización es la mejoría de la validez de contenido del instrumento. Entre las propiedades psicométricas que debe incluir una escala de medición se encuentran la confiabilidad (consistencia interna o prueba-reprueba) así como distintas formas de evidencia de validez (criterio, constructo, contenido)(38). La validez de contenido hace referencia a la inclusión adecuada y suficiente de ítems o dominios que representen el fenómeno analizado, sin dejar ningún aspecto fuera



de la medición (39); estos dominios adicionales ayudarán a hacer una mejor aproximación a la medición, sin embargo, la evaluación de validez de contenido implica la realización de otras técnicas estadísticas como el análisis factorial (38,40), las cuales implican tamaños de muestra grandes, por lo cual se recomienda realizar un estudio posterior sobre esta propiedad.

El ejercicio de determinación de las líneas de acción de la normatividad vigente que los territorios deben considerar para su implementación y gestión en cada una de las problemáticas, necesidades o tensiones identificadas priorizadas permitió identificar que es necesario una gestión que integre distintas líneas de acción. La línea de salud pública, intersectorialidad y gobernanza fue común entre los problemas, las cuales se relacionan con la dimensión transversal *fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de salud* propuesta en el instrumento PASE a la equidad.

Las preguntas orientadoras dentro de las líneas de acción escogidas permitieron identificar que en el análisis del problema, es necesario indagar por los procesos que subyacen al mismo y que pueden explicar por qué no se han alcanzado metas o resultados. Estas preguntas pueden utilizarse para proponer las acciones que deben llevarse a cabo cuando los territorios realicen planes de gestión.

## 5. Discusión

Atendiendo a la necesidad de fortalecer la gestión territorial contribuyendo así a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, se elaboró una herramienta con el propósito de ayudar a los territorios a identificar y priorizar sus problemáticas, necesidades o tensiones en salud, e integrarlas a las líneas de acción o acciones de acuerdo con la normatividad vigente.

La herramienta desarrollada busca integrar la información con la que cuentan los territorios en su planeación territorial, orientando desde el proceso de planteamiento de los problemas identificados, realizando la priorización de los mismos, y adicionalmente, proporcionando herramientas que permitan orientar de forma inicial la gestión de las situaciones encontradas en el territorio, para lograr un impacto positivo en la salud de su población. De esta manera, se contribuye a una de las obligaciones del estado según la Ley 1751 de 2015: “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” (2).

El proceso deliberativo que se llevó a cabo con los territorios para la ejecución del proyecto fue fundamental y enriquecedor, puesto que orientaron a que la herramienta pudiera representar sus necesidades como usuarios directos de estas, dado que generar herramientas desde el punto meramente teórico no siempre es exitoso ni práctico. Estos encuentros permitieron identificar algunas problemáticas a las que se encuentran enfrentados al momento de aplicar las diferentes herramientas de políticas públicas y planes de acción, y que, en fin último, el concepto que se tiene es que son adecuadas, pero



lo que le falta al proceso más que el qué, es la explicación del cómo, haciendo especial énfasis en la integración de la información ya disponible.

Esta situación se hace aún más evidente cuando se analizan los diferentes territorios, dado que la mayoría de ellos tienen características diferentes y se encuentran en distintos puntos del proceso. Algunos territorios han logrado un mayor avance en la identificación de problemas, han implementado con mayor éxito intervenciones, y por lo tanto, han logrado mejorar las condiciones de salud de la población. Otros, por el contrario, presentan mayores dificultades para llevar a cabo estos procesos; situación que se puede favorecer o contrarrestar de acuerdo con los contextos sociales, económicos, políticos y culturales propios del territorio.

La percepción de problemas alrededor del estado de salud de las personas es heterogénea en Colombia, y así mismo lo es la subjetividad entre tomadores de decisiones para intentar dar resolución a estos. Las diferentes políticas en el país intentan dar lineamientos para identificar e intentar resolver estas problemáticas, sin embargo, se ha vislumbrado que los problemas aún no están bien definidos según las discusiones con algunos territorios, y en otras ocasiones, si los identifican, éstos carecen de resolución eficiente o no saben a cuál dar mayor prioridad.

Para el desarrollo de la herramienta, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura con el fin de recopilar información sobre herramientas o métodos de priorización; posteriormente, se realizó una serie de diálogos deliberativos que tuvo como objetivo conocer la experiencia de implementación de MAITE, la exploración de los tipos de herramientas que se consideraban adecuadas a las realidades de los territorios, reconocer los elementos definitorios de un problema en salud y las categorías para su priorización en el marco de la implementación del marco operativo de la PAIS. Lo que se pudo percibir fue la diversidad tanto de las necesidades como los momentos de avances en priorización de problemáticas o tensiones en salud en que se encuentran. Así, se vislumbró que la solución a estas tensiones exige responder a esa heterogeneidad que se presenta, incluso dentro de un mismo departamento, determinada además por la tipología de estos. Así, esta herramienta que se propone intenta dar prioridad a necesidades o problemas que más impacten en diferentes dimensiones que afectan la salud tanto a nivel macro como micro en los territorios de Colombia.

Al analizar la información obtenida de los territorios y lo encontrado en la evidencia científica, para desarrollar la herramienta se consideró como objetivo lograr que esta integre los mejores criterios para la priorización pero que sea práctica y de fácil aplicación dado la diversidad de usuarios que la van a utilizar. Esta herramienta busca integrar la información con la que cuentan los territorios en su proceso de planeación territorial, orientando desde el proceso de planteamiento de la problemática, realizando la priorización, para luego iniciar la planeación de la gestión de las situaciones encontradas en el territorio. Esto llevó a que la herramienta fuera diseñada en módulos, y que de acuerdo a la necesidad del territorio, pueda iniciar su diligenciamiento desde el módulo 1, o que por el contrario de acuerdo con



el avance pueda empezar en otros módulos más relevantes para su proceso de planeación territorial.

Según los insumos disponibles identificados, los territorios pueden obtener las tensiones a través de los Planes Territoriales de Salud por medio del gestor del Plan Decenal de Salud Pública; sin embargo, hay otros problemas que deben ser definidos por cada territorio. Si el territorio no cuenta con este insumo en el gestor, debe ser iniciado el proceso desde la formulación del problema, el cual puede ser construido a través de las preguntas orientadoras que se exponen en este documento, para llegar plantear un problema específico.

La herramienta cuenta con el módulo de definición de problema, el cual consideramos es el punto de partida clave para poder lograr los pasos siguientes. Al realizar el ejercicio de validación de criterio de la herramienta, se revisaron situaciones descritas por los territorios encontrándose planteamientos de problemas ambiguos, donde no se enmarca adecuadamente cuál es el problema, cuáles son las posibles causas y consecuencias, lo que puede entorpecer el proceso de priorización, dado que no se tiene claridad sobre qué aspecto puntual se está priorizando. Para lograr orientar a los territorios sobre el proceso de definición del problema, se decidió utilizar la metodología contemplada en el KPT, dado que los territorios ya se encuentran familiarizados con ella.

Una vez definidos los problemas, se continúa al módulo de priorización. En la literatura científica se encuentran diferentes métodos o herramientas que permiten priorizar circunstancias o problemáticas, otros para priorizar intervenciones o tecnologías en salud, etc. (24,25,30,35,41–43), sin embargo, ninguno de ellos es un método que se aplique de manera uniforme a nivel nacional o internacional. Esto se debe a los diferentes objetivos con que se realiza la priorización, en los cuales, en algunos casos está enfocada a problemas, en otros a programas de atención a enfermedades, e incluso algunos priorizan programas no relacionados con enfermedades. Por esta razón, se escogieron los criterios de priorización que se presentaran de forma frecuente en los artículos incluidos sobre este tipo de herramientas, pero realizando una adaptación al contexto nacional que permita fortalecer la gestión territorial e implementación de la PAIS.

Mediante la revisión sistemática de la literatura se identificaron múltiples iniciativas que son de gran importancia para el desarrollo de esta herramienta como lo son los ASIS, PASE, PDSP, KIT, entre otros(16,24), las cuales se contemplaron para la definición de los criterios de la herramienta, y sirvieron como insumo para llevar a cabo la calificación de priorización, minimizando el trabajo adicional para los territorios.

En cuanto a los algoritmos contemplados en estas herramientas, se encontró en la revisión sistemática que pueden ir desde fórmulas sencillas que utilizan promedios, otros utilizan matrices de comparaciones con su debida ponderación y los más complejos de ellos realizan análisis de regresión(21). Sin embargo, de acuerdo a los hallazgos del proceso deliberativo, donde se identificó la necesidad de contar con una herramienta sencilla, amigable e intuitiva, se decidió adaptar el método Hanlon modificado y el método del PASE,



por su facilidad de aplicación en comparación con los otros métodos, y porque ayudan en la toma de decisiones priorizando y proponiendo acciones de acuerdo a los recursos disponibles en el territorio.

Hanlon permite dar relevancia al componente de la equidad en la priorización, como enfoque estratégico fundamental, por lo tanto, interesa, no sólo identificar y abordar los riesgos relacionados directa e indirectamente con la enfermedad y sus efectos o consecuencias, sino, y principalmente, reconocer las fragilidades de los grupos y sujetos constituidas socialmente. De esta manera permite diseñar respuestas de política integral diferenciada, dirigidas a disminuir dichas fragilidades, aspecto que se ha considerado en diferentes ámbitos, por ejemplo en la elaboración de recomendaciones de guías de práctica clínica como puede observarse en los marcos de EtD de Grade, marco metodológico que se ha extendido para ser usado en situaciones en salud pública (44) .

Una vez se cuenta con el listado de problemas priorizados, esta herramienta propone un módulo de selección de líneas y acciones de acuerdo con la normatividad vigente, actualmente con el MAITE, con el objetivo de identificar con mayor detalle los procesos que conllevan a estas problemáticas y por ende a unas posibles intervenciones. Los problemas analizados durante el desarrollo y la validación de la herramienta involucraron más de una línea de acción del MAITE, se relacionaron con más de una de las acciones propuestas e involucraron las líneas de acción de intersectorialidad y gobernanza. La implicación de este resultado es la necesidad de generar una planeación de la gestión a partir de una metodología o herramienta que permita considerar e integrar tanto las líneas de acción, como sectores y niveles, para lo cual debe permitir el desarrollo de objetivos comunes, el acceso compartido a la información, una asignación de responsabilidad y compromisos dentro de tiempos establecidos y evaluación del seguimiento.

Esta herramienta contempla como módulos finales la resolución de preguntas orientadoras para resultados y procesos de acuerdo con las acciones y líneas de acción y el módulo de inicio de la planeación de la gestión, como proceso de partida para que el territorio logre identificar aquellos procesos, acciones o intervenciones que son susceptibles de ser optimizadas para contrarrestar la problemática evaluada. Sin embargo, el alcance de esta herramienta, sólo logra abordar un primer paso en esta identificación y de ninguna manera logra contemplar todo lo requerido para ser una herramienta de gestión, la cual debería contemplar aspectos como actividades puntuales a realizar, indicadores a evaluar, responsables del proceso, actores involucrados y tiempo de ejecución.

Por lo anterior, se aclara que esta herramienta, es un instrumento que ayudara a identificar y priorizar problemas, sin embargo, no excluye la independencia que cada territorio pudiera considerar más allá de los resultados que arroje la herramienta, por ejemplo, incluyendo más problemas que los que prioriza la herramienta, dependiendo de sus necesidades, experiencia o recursos.

En cuanto a las limitaciones del proceso de desarrollo de la herramienta está el hecho de haber realizado la validación solamente a partir de lo reportado por los territorios en sus





planes de acción. Si bien se utilizaron problemáticas reales de territorios de distinta tipología según la clasificación del DNP y aunque allí están los problemas que ellos han identificado y conceptualizado e incluso realizado un ejercicio inicial de priorización identificando criterios importantes tales como la intensidad, cronicidad, impacto e ingobernabilidad social e institucional, la realización del ejercicio por parte de quienes serán los usuarios finales en una prueba piloto en el momento en que los territorios realizan su planeación, es un trabajo adicional que se recomienda llevar a cabo para obtener información sobre percepciones de utilidad (tiempo de diligenciamiento, claridad, formato de la herramienta, etc.) y comportamiento de la herramienta cuando se utiliza como base para hacer la gestión.

## 6. Conclusiones

A partir del ejercicio de obtención de insumos, construcción y validación de la herramienta se puede concluir:

El proceso de implementación del modelo operacional de la PAIS en los territorios requiere, además de una metodología de problemáticas, necesidades o tensiones, una guía metodológica que permita conceptualizar el problema, integrar su análisis y solución dentro de las líneas de acción de ese marco operacional y una herramienta que, a partir del análisis anterior, ayude a iniciar el proceso de planeación de la gestión.

La herramienta presentada en este documento se propone para ayudar a los territorios a conceptualizar sus problemas, priorizarlos e integrarlos al modelo operacional de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS. Su alcance no consiste en proponer cómo se debe llevar a cabo la gestión. Para esto se requiere y se sugiere el desarrollo de una herramienta que incluya acciones a realizar, actores, tiempos, compromisos, niveles y sectores involucrados y que facilite el seguimiento y evaluación de la ejecución de estas acciones. A esta herramienta deben poder acceder todos los actores del sistema involucrados.

La herramienta propuesta en este documento no pretende constituirse en una actividad adicional a los procesos de planeación que desarrollan los territorios. Al contrario, se propone como un instrumento de ayuda, en el que la información requerida es la que ellos usan, por ejemplo, al construir la planeación territorial. De hecho, la herramienta remite a esa información y al uso de metodologías como el KIT de planeación territorial.

Teniendo en cuenta que los territorios tienen una alta variabilidad en el proceso de implementación del MAITE, los módulos presentados en ese documento pueden usar de manera independiente, atendiendo a las necesidades de planeación que estén enfrentando los territorios.

El módulo de priorización puede utilizarse como una herramienta transversal para realizar otros procesos de priorización. También pueden usarse sus criterios como insumo para emplear otros algoritmos de decisión, tales como procesos de decisión multicriterio.





## 7. Referencias

1. Ministerio de Salud y de la Protección Social - Gobierno de Colombia. Glosario de terminos. 2020;
2. Secretaria Distrital de Salud - Dirección de Planeación Institucional y Calidad. Glosario. 2017;
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud Glosario. 1998;
4. Llanos-Hernández L. El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales . Vol. 7, Agricultura, sociedad y desarrollo . scielomx ; 2010. p. 207–20.
5. Ministerio de Salud y de Protección Social. Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Colombia; 2016.
6. Ministerio de Salud y la Protección Social. LEY ESTATUTARIA No. 1751. 2015.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud- PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.” Ministerio de Salud y Protección Social 2019 p. 1–17.
8. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. 2011.
9. Cuello-Royert S, Rojas-Bárcenas A. Revisión de alcance de las normas, políticas y lineamientos vigentes que deben cumplir las Entidades Territoriales de Salud en el marco de la Política de Atención Integral en Salud - PAÍS. 2020.
10. Boyko JA, Lavis JN, Dobbins M. Deliberative dialogues as a strategy for system-level knowledge translation and exchange. *Healthc Policy*. 2014;9(4):122–31.
11. Dheepa Rajan, Taghreed Adam, Dina El Hussein, Denis Porignon AG and GS. Policy dialogue: What it is and how it can contribute to informed-based decision-making. 2013;25–7.
12. Strauss A, Corbin J. Cap. 8 “codificación abierta” y Cap 9 “Codificación axial.” Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2004. 340 p.
13. Trías M, González P, Fajardo S, Flores L. Las 5 W + H y el ciclo de mejora en la gestión de procesos - PDF. 2019;8.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. . Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos.



15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015. 2015.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Epidemiología y Demografía. 2017;61. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Guia\\_caracterizacion\\_EAPB version 21072014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Guia_caracterizacion_EAPB_version_21072014.pdf)
17. López Alba A, Almaraz Gómez A, Rosell Aguilar I. Establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki (Benín). 2015.
18. Cleemput I, Devriese S, Kohn L, Westhovens R. A multi-criteria decision approach for ranking unmet needs in healthcare. Health Policy (New York). 2018;122(8):878–84.
19. Bhaumik S, Rana S, Karimkhani C, Welch V, Armstrong R, Pottie K, et al. Ethics and equity in research priority-setting: stakeholder engagement and the needs of disadvantaged groups [Internet]. Vol. XII, Indian Journal of Medical Ethics. Available from: <http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/refugee->
20. Sánchez Martínez FI, Abellán Perpiñán JM, Martínez Pérez JE. How should health and healthcare priorities be set and evaluated? Prioritization methods and regional disparities. 2008 SESPAS Report. Gac Sanit. 2008 Apr;22 Suppl 1:126–36.
21. Brookes VJ, Barry SC, Hernández-Jover M, Ward MP. Point of truth calibration for disease prioritisation—A case study of prioritisation of exotic diseases for the pig industry in Australia. Prev Vet Med [Internet]. 2017;139:20–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prevetmed.2017.01.017>
22. van Rie A, West NS, Schwartz SR, Mutunga L, Hanrahan CF, Ncayiyana J, et al. The unmet needs and health priorities of the urban poor: Generating the evidence base for urban community health worker programmes in South Africa. South African Med J. 2018;108(9):734–40.
23. Chong JL, Lim KK, Matchar DB. Population segmentation based on healthcare needs : a systematic review. 2019;1–11.
24. Cediell-Becerra N, Alvis-Guzmán N, Moreno-Montoya J, Vargas-Sandoval GA, Castañeda-Orjuela C. Priorización para el análisis de información en salud pública. Red de conocimiento del Observatorio Nacional de Salud . Vol. 19, Revista de Salud Pública . scieloco ; 2017. p. 227–34.
25. Comisión de regulación en salud CRES - Subdirección Técnica UAE. Criterios y categorías para la priorización de tecnologías en salud en el proceso de actualización del POS. 2012.



26. Shawar YR, Crane LG. Generating global political priority for urban health: The role of the urban health epistemic community. *Health Policy Plan.* 2017;32(8):1161–73.
27. Abrampah NM, Syed SB, Hirschhorn LR, Nambiar B, Iqbal U, Garcia-Elorrio E, et al. Quality improvement and emerging global health priorities. *Int J Qual Heal Care.* 2018;30:5–9.
28. Hernández Aguado I (coordinador). Definición de prioridades en las políticas de salud. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.
29. Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. “Real-world” health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2015 Apr;15:164.
30. Varela-Lema L, Atienza G LGM. Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática. 2016.
31. Hatf E, Lasser EC, Kharrazi HHK, Perman C, Montgomery R, Weiner JP. A population health measurement framework: Evidence-based metrics for assessing community-level population health in the global budget context. *Popul Health Manag.* 2018;21(4):261–70.
32. Martínez JW. La planeación de los servicios de salud apoyados y los planes de desarrollo. *Rev Médica Risaralda.* 2016;22(1):1–2.
33. Choi BCK, Maza RA, Mujica OJ, PAHO Strategic Plan Advisory Group, PAHO Technical Team. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Rev Panam Salud Pública.* 2019 Jul;43:1.
34. Glaize A, Duenas A, Di Martinelly C, Fagnot I. Healthcare decision-making applications using multicriteria decision analysis: A scoping review. *J Multi-Criteria Decis Anal.* 2019;26(1–2):62–83.
35. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2006;4:1–9.
36. OSORIO GÓMEZ JC, OREJUELA CABRERA JP. EL PROCESO DE ANÁLISIS JERÁRQUICO (AHP) Y LA TOMA DE DECISIONES MULTICRITERIO. EJEMPLO DE APLICACIÓN. *Sci Tech.* 2008;14(39):247–52.
37. Ministerio de la Protección Social. Manual elaboración planes de mejoramiento y acreditación.
38. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud . Vol. 6, *Revista de Salud Pública . scieloco* ; 2004. p. 302–18.



39. Luján-Tangarife JA, Cardona-Arias JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: Revisión de propiedades psicométricas. Arch Med. 2015;11(3):1–10.
40. COSMIN. COSMIN-definitions of domains, measurement properties, and aspects of measurement properties. 2018.
41. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Priorities in Health. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006.
42. Frazão TDC, Camilo DGG, Cabral ELS, Souza RP. Multicriteria decision analysis (MCDA) in health care: a systematic review of the main characteristics and methodological steps. BMC Med Inform Decis Mak. 2018;18(1):90.
43. Yoshida S. Approaches, tools and methods used for setting priorities in health research in the 21st century. J Glob Health. 2016 Sep;6(1).
44. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. Marcos GRADE de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. 2: Guías de práctica clínica. Vol. 32, Gaceta Sanitaria. 2018. p. 167.e1-167.e10.
45. Stebler N, Schuepbach-Regula G, Braam P, Falzon LC. Use of a modified Delphi panel to identify and weight criteria for prioritization of zoonotic diseases in Switzerland. Prev Vet Med [Internet]. 2015;121(1–2):165–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prevetmed.2015.05.006>
46. Ryan BJ, Franklin RC, Burkle FM, Smith EC, Aitken P, Watt K, et al. Ranking and prioritizing strategies for reducing mortality and morbidity from noncommunicable diseases post disaster: An Australian perspective. Int J Disaster Risk Reduct [Internet]. 2018;27(October 2017):223–38. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.10.009>
47. Hirschovits-Gerz T, Sci DS, Kuussaari K, Stenius K, Tammi T. Estimating the Needs of Substance Problem Use Services: An Exercise in Seven Finnish Municipalities Using Nationally Collected, Municipal-Level Survey and Register Data † [Internet]. Vol. 18, JOURNAL OF STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS / SUPPLEMENT NO. 2019. Available from: <http://en.alkoholitutkimussaatio>.
48. Font JC, Forns JR, Sato A. Eliciting health care priorities in developing countries: Experimental evidence from Guatemala. Health Policy Plan. 2016 Feb 1;31(1):67–74.
49. PINTO JDEJ. ASIGNACIÓN Y DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES DE PROCESOS ESENCIALES, CON BASE EN LOS FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO. Estud Gerenciales. 2000;16(74):79–89.



50. MINISTÉRIO DA SAÚDE UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Asis - Análise de Situação de Saúde. 2015.
51. Qiu M, Jessani N, Bennett S. Identifying health policy and systems research priorities for the sustainable development goals: social protection for health. Int J Equity Health. 2018;17(1):155.
52. Canadian Institute for Health Information. National Consensus Conference on Population Health Indicators. CIHI = ICIS; 1999.
53. Departamento Nacional de Planeación - DNP. Kit de planeación territorial. Unidad 2: Diagnóstico. Produccion y comprension de textos. Libro de ejercicios.



## 8. Anexos

### Anexo 1. Bitácora de búsqueda

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Base de datos	MEDLINE a través de OVID		
Fecha de búsqueda	29-10-2020		
Rango de fecha de búsqueda	Enero 2015 - Actual		
Otros límites	Idioma: Portugués, Inglés, Español, Alemán		
Estrategia de búsqueda			
	1	Health Information Systems.mp.	3022
	2	Health Prioriti*.mp.	12178
	3	exp Health Planning/	350738
	4	exp State Health Plans/	4624
	5	Social Identification.mp.	9241
	6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	363421
	7	(Health Services Needs and Demand).mp.	53439
	8	exp Risk Management/	308963
	9	7 or 8	361147
	10	(Surveys and Questionnaires).mp.	479336
	11	Reproducibility of Results.mp.	404251
	12	Validation Study.mp.	108746
	13	Methods/	231730
	14	10 or 11 or 12 or 13	1135529
	15	6 and 9 and 14	8091
	16	limit 15 to yr="2015 -Current"	1341
17	remove duplicates from 16	1340	

Fuente: Grupo desarrollador

<b>Tipo de búsqueda</b>	Búsqueda sistemática de la literatura
<b>Base de datos</b>	SCOPUS
<b>Fecha de búsqueda</b>	29-10-2020
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Enero 2015 - Actual
<b>Otros límites</b>	Idioma: Portugués, Inglés, Español, Alemán



Estrategia de búsqueda	<div> <p>TITLE-ABS-KEY ( "health information systems" OR "health priori*" OR "health planning" OR "state health plans" OR "social identification" ) AND ( "health services needs and demand" OR "risk management" ) AND ( "surveys and questionnai*" OR method* OR "reproducibility of results" OR "validation study" ) AND ( LIMIT-TO ( DOCTYPE , "ar" ) OR LIMIT-TO ( DOCTYPE , "re" ) ) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2020 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2019 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2018 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2017 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2016 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2015 ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "German" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Portuguese" ) )</p> <p>308</p> </div>
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Base de datos	EMBASE		
Fecha de búsqueda	29-10-2020		
Rango de fecha de búsqueda	Enero 2015 - Actual		
Otros límites	Idioma: Portugués, Inglés, Español, Alemán		
Estrategia de búsqueda			
	1	'health priori*':ti,ab	5505
	2	'health care planning'/exp	102,495
	3	'state health plans':ti,ab	18
	4	'social identification':ti,ab	181
	5	'medical information system'/exp	21,09
	6	'health information system':ti,ab	2,608
	7	'health' AND ('services' OR 'needs'	902,833
	8	'risk management'/exp	41,934
	9	'questionnaire'/exp	728,138
	10	'reliability'/exp OR 'validity'/exp	250,295
	11	'reproducibility'/exp	217,276
	12	'validation study'/exp	85,639
	13	'methodology'/exp	6,145,704
	14	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	128,231
	15	#7 OR #8	940,623
	16	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	6,428,090



	17	#14 AND #15 AND #16	13,232
	18	#17 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('Article'/it OR 'Chapter'/it OR 'Review'/it)	1,726
	19	#17 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('Article'/it OR 'Chapter'/it OR 'Review'/it) AND (2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py)	482

Fuente: Grupo desarrollador

<b>Tipo de búsqueda</b>	Búsqueda sistemática de la literatura		
<b>Base de datos</b>	Biblioteca virtual en salud (BVS)		
<b>Fecha de búsqueda</b>	30-10-2020		
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>	Enero 2015 - Actual		
<b>Otros límites</b>	Idioma: Portugués, Inglés, Español, Alemán		
<b>Estrategia de búsqueda</b>	1	((detección) OR (sistemas de informacion) OR (priorizar los problemas de salud) OR (técnicas de establecimiento de prioridades) OR (matrices de prioridades) OR (planes estatales de salud) OR (diagnóstico) OR (diagnóstico de la situación en salud ) OR (identificación social ) OR (criterios de priorización) OR (metodologías de priorización)) AND ( la:("en" OR "es" OR "pt" OR "de")) AND (year_cluster:[2015 TO 2020])	854.453
	2	((necesidades y demandas de servicios de salud) OR (gestión de riesgos) OR (problemáticas en salud) OR (problemas en salud pública) OR (salud en territorios) OR (actores en territorios)) AND ( la:("en" OR "es" OR "pt" OR "de")) AND (year_cluster:[2015 TO 2020])	23,493
	3	((validez de las pruebas) OR (validity of tests) OR (confiabilidad y validez) OR (cuestionario) OR (encuesta) OR (herramienta de cuestionario de escala) OR (medición del instrumento) OR (hojas de ruta) OR (reproducibilidad de los resultados) OR estudio de validación OR propiedades psicométricas) AND ( la:("en" OR "es" OR "pt" OR "de")) AND (year_cluster:[2015 TO 2020])	1,927
	4	#1 AND #2 AND #3	696

Fuente: Grupo desarrollador





Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura					
Base de datos	Open Gray					
Fecha de búsqueda	29-10-2020					
Rango de fecha de búsqueda	Enero 2015 - Actual					
Otros límites	Idioma: Portugués, Inglés, Español, Alemán					
Estrategia de búsqueda	<table><tr><td>1</td><td>"health information systems" OR "health priori**" OR "health planning" OR "state health plans" OR "social identification" AND "health services needs and demand" OR "risk management" AND "surveys and questionnai**" OR method* OR "reproducibility of results" OR "validation study"</td><td>0</td></tr></table>			1	"health information systems" OR "health priori**" OR "health planning" OR "state health plans" OR "social identification" AND "health services needs and demand" OR "risk management" AND "surveys and questionnai**" OR method* OR "reproducibility of results" OR "validation study"	0
1	"health information systems" OR "health priori**" OR "health planning" OR "state health plans" OR "social identification" AND "health services needs and demand" OR "risk management" AND "surveys and questionnai**" OR method* OR "reproducibility of results" OR "validation study"	0				

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura					
Base de datos	Web of Science a través de Clarivate analytics					
Fecha de búsqueda	29-10-2020					
Rango de fecha de búsqueda	Enero 2015 - Actual					
Otros límites	Idioma: Portugués, Inglés, Español y Alemán					
Estrategia de búsqueda	<table><tr><td>1</td><td>(TI=(Detection OR Health Information Systems OR Health Planning OR Health Priorities OR Prioritization tool OR Prioritizing Health Problems OR Priority Setting Techniques OR Priority matrices OR State Health Plans OR Diagnosis OR Diagnosis of Health Situation OR Social Identification OR Prioritization criterio OR Prioritization methodologies) OR AB=(Detection OR Health Information Systems OR Health Planning OR Health Priorities OR Prioritization tool OR Prioritizing Health Problems OR Priority Setting Techniques OR Priority matrices OR State Health Plans OR Diagnosis OR Diagnosis of Health Situation OR Social Identification OR Prioritization criterio OR Prioritization methodologies)) AND IDIOMA: (English OR Dutch OR Portuguese OR Spanish) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&amp;HCI, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI Período de tiempo=Últimos 5 años.</td><td>854,013</td></tr></table>			1	(TI=(Detection OR Health Information Systems OR Health Planning OR Health Priorities OR Prioritization tool OR Prioritizing Health Problems OR Priority Setting Techniques OR Priority matrices OR State Health Plans OR Diagnosis OR Diagnosis of Health Situation OR Social Identification OR Prioritization criterio OR Prioritization methodologies) OR AB=(Detection OR Health Information Systems OR Health Planning OR Health Priorities OR Prioritization tool OR Prioritizing Health Problems OR Priority Setting Techniques OR Priority matrices OR State Health Plans OR Diagnosis OR Diagnosis of Health Situation OR Social Identification OR Prioritization criterio OR Prioritization methodologies)) AND IDIOMA: (English OR Dutch OR Portuguese OR Spanish) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI Período de tiempo=Últimos 5 años.	854,013
1	(TI=(Detection OR Health Information Systems OR Health Planning OR Health Priorities OR Prioritization tool OR Prioritizing Health Problems OR Priority Setting Techniques OR Priority matrices OR State Health Plans OR Diagnosis OR Diagnosis of Health Situation OR Social Identification OR Prioritization criterio OR Prioritization methodologies) OR AB=(Detection OR Health Information Systems OR Health Planning OR Health Priorities OR Prioritization tool OR Prioritizing Health Problems OR Priority Setting Techniques OR Priority matrices OR State Health Plans OR Diagnosis OR Diagnosis of Health Situation OR Social Identification OR Prioritization criterio OR Prioritization methodologies)) AND IDIOMA: (English OR Dutch OR Portuguese OR Spanish) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI Período de tiempo=Últimos 5 años.	854,013				



	2	(TI=(Health Services Needs and Demand OR Risk Management OR Health Issues OR Public health problems OR Health in Territories OR Actors in territories) OR AB=(Health Services Needs and Demand OR Risk Management OR Health Issues OR Public health problems OR Health in Territories OR Actors in territories)) AND IDIOMA: (English OR Dutch OR Portuguese OR Spanish) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI Período de tiempo=Últimos 5 años	169,314
	3	(TI=(Reliability and Validity OR Surveys and Questionnaires OR Scale Questionnaire Tool OR Instrument OR Measurement OR Roadmaps OR Reproducibility of Results OR Validation Study OR psychometric properties) OR AB=(Reliability and Validity OR Surveys and Questionnaires OR Scale Questionnaire Tool OR Instrument OR Measurement OR Roadmaps OR Reproducibility of Results OR Validation Study OR psychometric properties)) AND IDIOMA: (English OR Dutch OR Portuguese OR Spanish) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI Período de tiempo=Últimos 5 años.	842,605
	4	#1 AND #2 AND #3 Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI Período de tiempo=Últimos 5 años.	3,039

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Motor de búsqueda	GOOGLE Académico		
Fecha de búsqueda	21-10-2020		
Rango de fecha de búsqueda	Enero 2015 - Actual		
Otros límites	Ninguno		
Estrategia de búsqueda	1	Priorización OR Identificación OR Criterios de priorización OR Metodologías de priorización	
	2	Herramienta metodológica	
	3	Problemáticas en salud	
	4	Salud en territorios	
	5	Actores en territorios	
	6	1 AND 2 AND 3	5,020,000
	7	1 AND 2 AND 3 AND 4	2,350,000
	8	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	944,000



Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura																										
Base de datos	Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia																										
Fecha de búsqueda	22-10-2020																										
Rango de fecha de búsqueda	Enero 2015 - Actual																										
Otros límites	Ninguno																										
Estrategia de búsqueda	<table><tr><td>1</td><td>Priorización OR Identificación OR Criterios de priorización OR Metodologías de priorización.</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>Herramienta metodológica</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Problemáticas en salud</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>Salud en territorios</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Actores en territorios</td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3</td><td>1,810</td></tr><tr><td>7</td><td>site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3 AND 4</td><td>1,450</td></tr><tr><td>8</td><td>site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5</td><td>1,150</td></tr></table>			1	Priorización OR Identificación OR Criterios de priorización OR Metodologías de priorización.		2	Herramienta metodológica		3	Problemáticas en salud		4	Salud en territorios		5	Actores en territorios		6	site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3	1,810	7	site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3 AND 4	1,450	8	site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	1,150
1	Priorización OR Identificación OR Criterios de priorización OR Metodologías de priorización.																										
2	Herramienta metodológica																										
3	Problemáticas en salud																										
4	Salud en territorios																										
5	Actores en territorios																										
6	site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3	1,810																									
7	site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3 AND 4	1,450																									
8	site:minsalud.gov.co 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	1,150																									

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura					
Motor de búsqueda	Instituto Nacional de Salud (INS), site: https://www.ins.gov.co/Paginas/RID.aspx					
Fecha de búsqueda	23-11-2020					
Rango de fecha de búsqueda	Último año					
Otros límites	Ninguno					
Estrategia de búsqueda	<table><tr><td>1</td><td>Priorización + (herramienta o metodología)</td><td>2</td></tr></table>			1	Priorización + (herramienta o metodología)	2
1	Priorización + (herramienta o metodología)	2				

Fuente: Grupo desarrollador

<b>Tipo de búsqueda</b>	Búsqueda sistemática de la literatura
<b>Motor de búsqueda</b>	World Health Organization (OMS), site: <a href="https://www.who.int/data/gho/gho-search">https://www.who.int/data/gho/gho-search</a>



Fecha de búsqueda	23-11-2020		
Rango de fecha de búsqueda	Sin límite de fecha		
Otros límites	Ninguno		
Estrategia de búsqueda			
	1	health + priorities	3

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Motor de búsqueda	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), site: www.gov.br		
Fecha de búsqueda	23-11-2020		
Rango de fecha de búsqueda	Último año		
Otros límites	Ninguno		
Estrategia de búsqueda			
	1	Prioritization health	0/36

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Motor de busqueda	International Conference on Harmonization (ICH), site: ich.org		
Fecha de búsqueda	23-11-2020		
Rango de fecha de búsqueda	Último año		
Otros límites	Ninguno		
Estrategia de búsqueda			
	1	Prioritization health	1/25

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Motor de búsqueda	Health Canadá, site: <a href="http://www.canada.ca/en/health">www.canada.ca/en/health</a>		
Fecha de búsqueda	23-11-2020		



Rango de fecha de búsqueda	Último año		
Otros límites	Ninguno		
Estrategia de búsqueda			
	1	Prioritization health	0/166

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura					
Motor de búsqueda	The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), site: <a href="https://www.evidence.nhs.uk/">https://www.evidence.nhs.uk/</a>					
Fecha de búsqueda	23-11-2020					
Rango de fecha de búsqueda	Último año					
Otros límites	Ninguno					
Estrategia de búsqueda	<table><tr><td>1</td><td>Health Priorities + Instrument</td><td>1/185</td></tr></table>			1	Health Priorities + Instrument	1/185
1	Health Priorities + Instrument	1/185				

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Motor de búsqueda	Agency for Healthcare Research and Quality: Advancing Excellence in Health Care (AHRQ), site: <a href="http://www.ahrq.gov">www.ahrq.gov</a>		
Fecha de búsqueda	23-11-2020		
Rango de fecha de búsqueda	Último año		
Otros límites	Ninguno		
Estrategia de búsqueda			
	1	Prioritization	5/18

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Motor de búsqueda	CONPES		
Fecha de búsqueda	21-10-2020		



Rango de fecha de búsqueda	Enero 2015 - Actual		
Otros límites	Ninguno		
Estrategia de búsqueda	1	Priorización OR Identificación OR Criterios de priorización OR Metodologías de priorización	
	2	Herramienta metodológica	
	3	Problemáticas en salud	
	4	Salud en territorios	
	5	Actores en territorios	
	6	site:dnp.gov.co 1 AND 2 AND 3	1,540
	7	site:dnp.gov.co 1 AND 2 AND 3 AND 4	1,300
	8	site:dnp.gov.co 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	1,150

Fuente: Grupo desarrollador

Tipo de búsqueda	Búsqueda sistemática de la literatura		
Motor de búsqueda	Departamento Nacional de Planeación, site: dnp.gov.co		
Fecha de búsqueda	23-11-2020		
Rango de fecha de búsqueda	Último año		
Otros límites	Ninguno		
Estrategia de búsqueda	1	Priorización + (herramienta o metodología)	4/1460

Fuente: Grupo desarrollador



## Anexo 2. Proceso de los diálogos deliberativos

### Anexo 2.1. Informes de Participación (Archivos adjuntos)

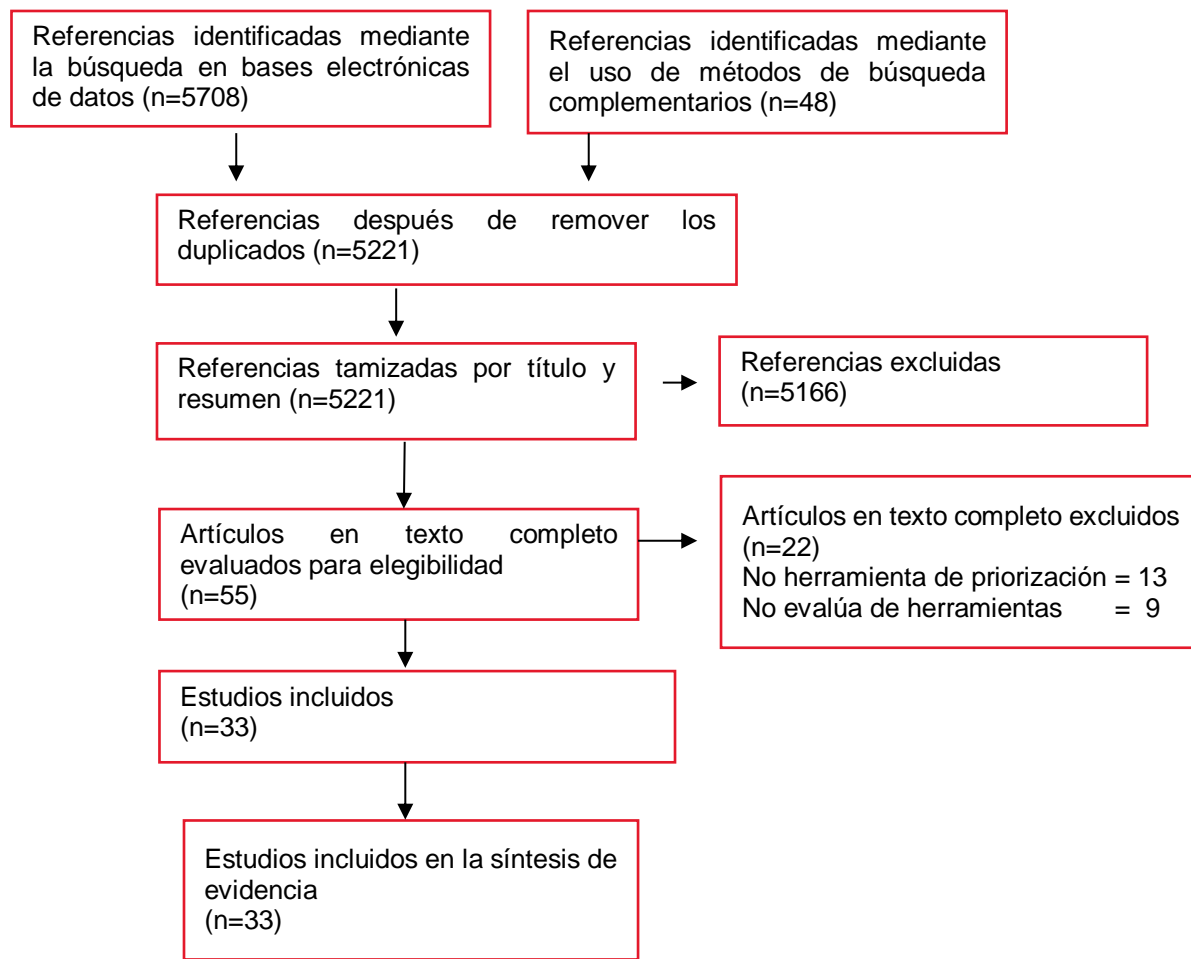
Este anexo se compone de 5 archivos adjuntos, que dan cuenta del proceso participativo de los 4 grupos de entidades territoriales y el grupo de expertos, donde se informa el objetivo y la metodología utilizada del proceso, así como el desarrollo de cada uno de estos espacios y las referencias bibliográficas correspondientes.

### Anexo 2.2. Transcripción de grupos (Archivos adjuntos)

El anexo 2.2 se compone de 4 archivos adjuntos donde se encuentra la transcripción del proceso participativo llevado a cabo con cada uno de los territorios.



**Anexo 3. Diagrama PRISMA: flujo de la búsqueda, tamización y selección de estudios sin restricción de diseño**



Fuente: Grupo desarrollador





#### Anexo 4. Listado de Estudios incluidos en la revisión

Autor	Año	Título
MinSalud	2015	Resolución 1536 de 2015
MinSalud	2017	Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional
Bhaumik et al.	2015	Ethics and equity in research priority-setting: stakeholder engagement and the needs of disadvantaged groups
Sánchez et al.	2008	¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008
Stebler et al.	2015	Use of a modified Delphi panel to identify and weight criteria for prioritization of zoonotic diseases in Switzerland
Brookes et al.	2017	Point of truth calibration for disease prioritization- A case study of prioritization of exotic diseases for the pig industry in Australia
Van Rie et al.	2018	The unmet needs and health priorities of the urban poor: Generating the evidence base for urban community health worker programmes in South Africa
Chong et al.	2019	Population segmentation based on healthcare needs: a systematic review
Ryan et al.	2018	Ranking and prioritizing strategies for reducing mortality and morbidity from noncommunicable diseases post disaster: An Australian perspective
Hatef et al.	2018	A Population Health Measurement Framework: Evidence-Based Metrics for Assessing Community-Level Population Health in the Global Budget Context
Abrampah et al.	2018	Quality improvement and emerging global health priorities
Hirschovits et al.	2018	Estimating the Needs of Substance Problem Use Services: An Exercise in Seven Finnish Municipalities Using Nationally Collected, Municipal-Level Survey and Register Data
Costa et al.	2015	Eliciting health care priorities in developing
Cediel et al.	2016	Priorización para el análisis de información en salud pública. Red de conocimiento del Observatorio Nacional de Salud



Autor	Año	Título
Peñaranda et al.	2012	Criterios y categorías para la priorización de tecnologías en Salud en el proceso de actualización del pos
Pinto	2000	Asignación y determinación de prioridades de procesos esenciales, con base en los factores críticos de éxito
Martínez	2016	La planeación de los servicios de salud apoyados y los planes de desarrollo
Shawar et al.	2017	Generating global political priority for urban health: the role of the urban health epistemic community
Hernández	2016	Definición de prioridades en las políticas de salud
MSPS Externado	-U. 2011	PASE a la Equidad en Salud
Osorio et al.	2008	El proceso de análisis jerárquico (AHP) y la toma de decisiones multicriterio. Ejemplo de aplicación
Cromwell et al.	2015	'Real-world' health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature
Ministério da saúde universidade federal de goiás	2015	Asis - Análise de Situação de Saúde
Glaize et al.	2017	Healthcare decision-making applications using multicriteria decision analysis: A scoping review
Qiu et al.	2018	Identifying health policy and systems research priorities for the sustainable development goals: social protection for health
López Alba	2015	Establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki (Benín)
Canadian Institute for Health Information	1999	National Consensus Conference on Population Health Indicators
Frazão et al.	2018	Multicriteria decision analysis (MCDA) in health care: a systematic review of the main characteristics and methodological steps
Jamison et al.	2006	Priorities in Health



Autor	Año	Título
Cleemput et al.	2018	A multi-criteria decision approach for ranking unmet needs in healthcare
Varela et al.	2016	Selección de prioridades sanitarias: criterios, proceso y marco estratégico. Revisión sistemática. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS
Sachiyo et al.	2000	Approaches, tools and methods used for setting priorities in health research in the 21st century
Choi et al.	2019	The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs



## Anexo 5. Listado de estudios excluidos en la revisión

Autor	Año	Título	Razón de exclusión
Department of Health	2012	The Public Health Outcomes Framework for England, 2013-2016	No herramienta de priorización
NICE	2020	Developing and updating local formularies	No herramienta de priorización
Lopes et al.	2016	Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand?	No herramienta de priorización
Birch et al.	2015	In place of fear: aligning health care planning with system objectives to achieve financial sustainability	No herramienta de priorización
Gupta et al.	2020	Health Investment Priorities in India: A New Methodology-based Analysis of State Budgets	No herramienta de priorización
Fleet et al.	2016	Portrait of trauma care in Quebec's rural emergency departments and identification of priority intervention needs to improve the quality of care: a study protocol	No herramienta de priorización
Zare et al.	2016	The Priorities of Iranian Male Adolescents Health Needs	No herramienta de priorización
Gu et al.	2020	Demand for community-based care services and its influencing factors among the elderly in affordable housing communities: a case study in Nanjing City	No evalúa herramientas
Saboyá et al.	2019	Trachoma elimination in Latin America: prioritization of municipalities for surveillance activities	No herramienta de priorización
Leach	2020	Expressed Demand for Health Care Services in Regional South Australia: A Cross-sectional Study	No evalúa herramientas
Mei et al.	2018	Assessing primary care data quality	No evalúa herramientas



Autor	Año	Título	Razón de exclusión
Bárrios et al.	2018	Identifying Priorities for Aging Policies in Two Portuguese Communities	No herramienta de priorización
Arianne et al.		Assessment of Biopsychosocial Complexity and Health Care Needs: Measurement Properties of the INTERMED Self-Assessment Version	No herramienta de priorización
DNP	2016	Metodología para la Identificación, Priorización y Estandarización de Proyectos de Inversión	No herramienta de priorización
Zicker	2018	Promoting high quality research into priority health needs in Latin America and Caribbean	No herramienta de priorización
Senese	2015	Forecasting future needs and optimal allocation of medical residency positions: the Emilia-Romagna Region case study	No herramienta de priorización
Neumann et al.	2016	Lack of Cost-Effectiveness Analyses to Address, Healthy People 2020 Priority Areas	No evalúa herramientas
Laurence	2016	Improving the planning of the GP workforce in Australia: a simulation model incorporating work transitions, health need and service usage	No evalúa herramientas
Farrell et al.	2014	What Are Priorities for Deprescribing for Elderly Patients? Capturing the Voice of Practitioners: A Modified Delphi Process	No evalúa herramientas
Dudin et al.	2016	Methodology of Analysis and Assessment of Risks of the Operation and Development of Industrial Enterprises	No evalúa herramientas
Brown et al.	2018	Reliability and validity of the Vulnerability Index-Service Prioritization Decision Assistance Tool (VI-SPDAT) in real-world implementation	No evalúa herramientas
Til	2013	Which Criteria Are Considered in Healthcare Decisions? Insights from an International Survey of Policy and Clinical Decision Makers	No evalúa herramientas



La salud  
es de todos

Minsalud

Autor	Año	Título	Razón de exclusión
Rossi et al.	2020	Essential Research Priorities in Renal Cancer: A Modified Delphi Consensus Statement	No evalúa herramientas

Fuente: elaboración propia

## Anexo 6. Matriz de extracción de datos de Datos

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados o Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
Ministerio de Salud y Protección Social 2015 (15)	Colombia	Establecer disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, así como de las instituciones del gobierno nacional; igualmente, establecer las obligaciones que para contribuir con éste propósito, deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), que serán de obligatorio cumplimiento, en el	Resolución	El Artículo 7 presenta dentro de los contenidos del plan territorial de salud: análisis de Situación de Salud - ASIS, bajo el modelo de determinantes de la salud; priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL y priorización en salud pública. A su vez dentro del ASIS menciona como componentes: la caracterización de los contextos territorial y demográfico, los efectos sobre la salud o el daño en salud, que involucran la morbilidad y la mortalidad, los determinantes de la salud y la priorización de los efectos, factores de riesgo y determinantes.	Caracterización de la población Priorización en salud pública	NA



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
		ámbito de sus competencias, por lo que deben acoger e integrar los insumos que permitan su ejecución.		<p>Se menciona que las Entidades Promotoras de Salud EPS, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales ARL son responsables de elaborar la caracterización poblacional de toda la población a su cargo, para lo cual deben usar la plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO.</p> <p>En el artículo 17 menciona los contenidos de la caracterización de la población: identificación de los riesgos ex ante, los riesgos contingentes y riesgos ext post de la población afiliada, el</p>		





Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				<p>análisis demográfico, de morbilidad, de mortalidad y de los determinantes intermedios de la salud y la priorización de los problemas en salud, los subgrupos poblacionales, las personas y los lugares. Se indica a su vez que para la elaboración de la caracterización poblacional, las EPS, demás EAPB y ARL utilizarán la "Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional" y los procedimientos y herramientas definidas por el Ministerio.</p> <p>En relación con la priorización en salud pública se mencionan los siguientes contenidos definidos en la metodología de la "Estrategia PASE a la Equidad en Salud":</p>		



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				intensidad de la tensión, tendencia de la cronicidad de la tensión en el tiempo, tendencia del impacto de la tensión en el mediano y largo plazo, ingobernabilidad de la tensión en la Entidad Territorial, valoración final de la tensión (puntaje ordenado de mayor a menor).		
Ministerio de Salud y Protección Social 2017 (16)	Colombia	Proponen una matriz de priorización basada en un proceso analítico jerárquico	Revisión	Proponen una matriz de priorización basada en un proceso analítico jerárquico, la cual evalúa dos factores críticos: gravedad del efecto y factibilidad de la intervención. Cada uno se califica de 0 a 4. Gravedad del efecto: magnitud (cantidad de población afectada), carga de mortalidad, exceso de riesgo, mortalidad prematura o discapacidad relativa, costo. Las opciones son: No es	Gravedad del efecto Factibilidad de la intervención, ética	Método de Hanlon modificado

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				<p>grave, poco grave, moderadamente grave, grave y muy grave.</p> <p>Factibilidad de la intervención: disponibilidad de intervenciones costo-efectivas, posibilidad de gestión del riesgo, factibilidad económica, aceptabilidad de las intervenciones, recursos disponibles y legalidad de la intervención. Las opciones son: no es factible de intervenir, factible solo a largo plazo, factible a mediano o largo plazo, factible a corto plazo, muy factible a corto plazo.</p> <p>Se multiplican luego los criterios entre sí. El máximo puntaje obtenido es 16. Luego se ordenan de mayor a menor.</p>		
Bhaumik (19) 2015	India	Desarrollar recomendaciones	El CAPSMG llevó a cabo un taller y una sesión	Descripción general del proceso de	Equidad, costo y viabilidad	CAPSMG (Nasseer M,



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
		sobre la participación de diferentes partes interesadas y poblaciones desfavorecidas en ejercicios de establecimiento de prioridades	especial en el 22 ° Coloquio Cochrane celebrado en Hyderabad, India, los días 25 y 26 de septiembre de 2014. Se asignaron diferentes mesas a los participantes en el taller, y cada mesa tomó la perspectiva de un hacedor de políticas, médico o miembro del público. Los participantes en cada mesa luego discutieron uno de dos temas: la prevención del ébola o la implementación de “impuestos al pecado” sobre las bebidas azucaradas. Informaron sobre sus discusiones, junto con las presentaciones principales. Estos se utilizaron para desarrollar recomendaciones para futuros ejercicios de establecimiento de prioridades. En la sesión especial, los participantes discutieron estrategias para mejorar el	establecimiento de prioridades de CAPSMG y su uso en el Grupo Cochrane de Salud Pública (CPHG): los métodos de priorización deben ser flexibles y diversos para permitir su aplicación en diferentes áreas de investigación. Uso de la carga de morbilidad para establecer prioridades de investigación: el estudio Global Burden of Disease (GBD) proporciona datos de acceso público utilizando el año de vida ajustado por discapacidad (DALY). En el curso de la discusión quedó claro que el uso de métodos basados en datos puede tener limitaciones en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM), que tienen		Ueffing E, Welch V, Tugwell P. An equity lens can ensure an equity-oriented approach to agenda setting and priority setting of Cochrane Reviews. J Clin Epidemiol. 2013; 66:511–21.)



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
			establecimiento de prioridades.	de datos epidemiológicos inadecuados o de mala calidad. Para las enfermedades que afectan a poblaciones desfavorecidas, se requiere un mayor énfasis en la equidad y las consecuencias económicas. Establecimiento de prioridades para directrices y evaluaciones de impacto sobre la equidad en salud: su presentación destacó nuevos métodos para promover la equidad en salud, como el PRISMA-E. También subrayó el trabajo que es necesario para apoyar los enfoques de equidad en salud, como superar la dificultad de adquirir datos suficientes para hacer interpretaciones de equidad, integrar a los miembros de la comunidad en el		



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				enfoque de equidad y asegurar la aceptación de los tomadores de decisiones. El trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el desarrollo de las Directrices de salud para los refugiados y las Evaluaciones del impacto de la equidad en salud se citaron como ejemplos del uso actual de enfoques de equidad en salud. Una lente de equidad para los enfoques de establecimiento de prioridades: PROGRESS-Plus, "PROGRESO"		
Sánchez 2008 4)	España	Analizar los procedimientos de fijación de prioridades en tres niveles o ámbitos de decisión	Revisión de experiencias internacionales y de España	A) Magnitud (morbilidad: prevalencia/incidencia) B) Gravedad (mortalidad, años potenciales de vida perdidos, incapacidad y carga social y económica)	Magnitud (morbilidad: prevalencia/incidencia). Gravedad (mortalidad, años potenciales de vida perdidos, incapacidad y carga social y económica). Efectividad (valoración de expertos). Factibilidad (potencial	Método de Hanlon



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				C) Efectividad de aumento de la (valoración de expertos) esperanza de vida con salud). D) Potencial de aumento de la esperanza de vida con salud		
Stebler 2015 (45)	Suiza	Identificar y ponderar criterios de enfermedad para la priorización de enfermedades Zoonóticas en Suiza.	Revisión de literatura y técnica delphi modificada	Aunque las categorías de priorización propuestas aplican para el tema específico, este estudio aporta la metodología para hacer la priorización, ponderando esas categorías: un primer paso consistió en la búsqueda de literatura para seleccionar los dominios y criterios para hacer la priorización. Luego entrevistaron a 7 expertos quienes dieron un peso a los dominios y criterios de la siguiente manera: recibieron cartas con los dominios (luego con los criterios) junto a una flecha, para que	No aplican las categorías	Búsqueda de criterios en la literatura y ponderación por medio de expertos



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				ellos las ordenaran por importancia, con la posibilidad de excluir o incluir dominios o criterios; posteriormente hicieron el mismo ejercicio, pero la flecha traía una escala de 1 a 5 (menos a más importante), a partir de la cual calcularon las medianas, mínimos y máximos.		
Brookes 2017 (21)	Australia	Probar POTCal para la priorización de enfermedades mediante un estudio de caso	Se utilizó un modelo estadístico para caracterizar la relación entre la importancia de los impactos de las enfermedades y los criterios de las enfermedades, es decir, la calibración. Así, este método hace uso de opiniones de expertos no tradicionales dentro de un marco estadístico.	La obtención de preferencias para POTCal es similar a la que se usa para la inversión probabilística y el análisis conjunto: los tomadores de decisiones emiten juicios sobre escenarios de riesgo contruoidos; técnicas que se han utilizado previamente para la priorización. Determinar la estructura más apropiada al definir la relación entre los	Diferentes heurísticas de toma de decisiones: ponderaciones de discapacidad para enfermedades y afecciones y carga de la enfermedad.	Point of truth calibration (POTCal) has been advocated as a method for complex decision-making, and offers an alternative approach to traditional MCDA by using regression methods





Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				criterios (calibración) y la puntuación de importancia de los tomadores de decisiones para un escenario particular (el punto de la verdad). Los expertos no necesitan considerar ponderaciones explícitas de los criterios, sino que lo hacen implícitamente a través de las puntuaciones de los escenarios. $li=g(Xi,B)+ei$		
Van Rie 2018 (22)	Sudáfrica	Evaluar los problemas de salud más prevalentes, las necesidades de salud insatisfechas y las prioridades de salud experimentadas por los residentes de una comunidad urbana empobrecida en Johannesburgo, SA.	Encuesta transversal de los residentes de Diepsloot. Para determinar las prioridades de salud desde la perspectiva de los participantes, preguntamos: "Como mujer / hombre en esta comunidad, ¿cuál es su principal preocupación relacionada con la salud, la de su pareja o sus hijos?"	Para hombres como para mujeres, las principales preocupaciones de salud para ellos mismos eran la delincuencia, seguridad o la violencia (52% de los hombres y 49% de las mujeres) y el VIH (20% de las mujeres y 17% de los hombres).	1, Violencia, seguridad, abuso, crimen 2, Vida sana y control de peso 3, Agua y sanitización 4, ENT (cáncer, hipertensión, diabetes, colesterol alto) 5, Planificación familiar 6, VIH 7, Abuso de alcohol y sustancias 8, Infecciones de transmisión sexual	Encuesta



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
					9, Tuberculosis 10, Otro	
Chong 2019 (23)	Singapur	Identificar herramientas que operacionalicen la segmentación de la población basada en necesidades de salud para ayudar a informar a tomadores de decisiones y desarrolladores de políticas a desarrollar programas de servicios en salud a nivel poblacional	Revisión sistemática de la literatura	El estudio presenta y clasifica las herramientas de segmentación disponibles. Estas herramientas hacen la segmentación a partir de distintos datos, tales como bases de datos o expertos. Entre los temas de segmentación están: salud, enfermedad aguda, salud materna e infantil, enfermedad crónica menor, enfermedad crónica moderada, fragilidad, enfermedad crónica mayor, cáncer, enfermedad mental, final de la vida y sujetos excluidos. Se considera que cada uno de estos segmentos de pacientes implica distintos costos de atención en salud.	No propone categorías de priorización, sino herramientas para segmentar a la población, lo cual ayuda al desarrollador de programas de salud	NA

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
Ryan 2018 (46)	Australia	Clasificar y priorizar las estrategias de mitigación identificadas por personas con ENT y proveedores de servicios de desastres	Los datos se recopilaron mediante un proceso Delphi modificado secuencial	Brindar acceso a agua potable debe ser la primera prioridad para las personas con ENT después de un desastre natural. Las siguientes prioridades, en orden, deben ser las estrategias relacionadas con la comunicación, el saneamiento, la fuerza laboral, los suministros, energía, equipamiento, estructura física, los servicios, la gobernanza, la prevención y las finanzas.	Infraestructura de servicios de salud pública: Comunicación, Equipo, Finanzas, Estructura física, Gobernanza, Poder, Prevención, Saneamiento, Servicios, Suministros, Vigilancia, Transporte, Agua, Personal	Encuesta método delphi
Hatef 2018 (31)	Estados Unidos	Orientar a las agencias de atención médica y de salud pública de todo el país para desarrollar estructuras similares para abordar las necesidades de salud de la población de sus respectivas comunidades	El equipo de investigación realizó un análisis semiestructurado para identificar temas comunes y temas relacionados con la salud de la población y luego desarrolló una lista completa de las medidas de salud de la población disponibles.	Desarrollar el marco de salud de la población de Maryland, identificar posibles medidas de salud de la población de Maryland y especificaciones de medición, evaluar las fuentes de datos para las medidas de salud	Población - centrada en la comunidad, Importancia - Descripción general de las medidas de salud de la población identificadas dentro del marco propuesto.	



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				de la población de Maryland	infraestructura digital, Evidencia científica - Atributos de medidas	
Abrampah 2018 (27)	Suiza	Este artículo describe el papel fundamental de cómo se puede aplicar la mejora de la calidad en las prioridades de salud mundial emergentes.	Artículo de revisión de tema.	El campo de la mejora de la calidad tiene mucho que ofrecer para abordar las prioridades emergentes de salud mundial, como la resistencia antimicrobiana y la salud de los migrantes.	Liderazgo y gobernanza, personal sanitario, vigilancia, cadena de suministro y productos básicos esenciales, participación de la comunidad, financiación de la salud, paquete esencial de servicios, seguridad del paciente y control de prevención de infecciones	No reporta
Hirschovits 2018 (47)	Finlandia	Discutir sobre las dimensiones de la evaluación de la necesidad de uso problemático de sustancias (TUS) a nivel local.	Siete municipios finlandeses fueron elegidos como ejemplos. La necesidad de TUS se evaluó mediante registro y los datos de la encuesta, disponible de forma gratuita, sobre el uso de los servicios, el uso de sustancias y el uso problemático, los efectos secundarios del uso y la falta de apoyo social. La descripción de Babor y colaboradores (2008) de los vínculos	Las necesidades de los servicios para el uso problemático de sustancias (TUS) deberían evaluarse localmente para apoyar la provisión de servicios apropiados y rentables para la población. En este artículo se presenta un modelo para estimar las necesidades sobre potenciales de la población adulta y el uso real de TUS. Se	Ritter (2014a , 2014b) divide los métodos de evaluación de necesidades en seis categorías: (1) una descripción del tratamiento a pedido (información sobre la demanda satisfecha, incluidos los datos del registro de tratamiento); (2) datos descriptivos sobre problemas relacionados con el consumo de sustancias en la población	Índice de penetración de



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
			entre el uso de servicios y la necesidad de tratamiento, en términos de uso de sustancias y condiciones sociales generales, y el conjunto de métodos de Ritter (2011) para evaluar la necesidad de tratamiento se utilizan como antecedentes teóricos.	utilizó la encuesta finlandesa y registro de datos como material para una evaluación cualitativa. Las estimaciones de necesidad y demanda con indicadores de indicadores pueden ser útiles para la póliza del sistema de tratamiento local, pero deben interpretarse con un conocimiento profundo del tratamiento local y los recursos de manejo social y la situación social general. Las comparaciones entre diferentes áreas locales deben hacerse con precaución. La brecha entre la necesidad estimada y la demanda de tratamiento satisfecha (el índice de penetración) es información importante para las autoridades locales	(encuestas, etc.); (3) evaluación comparativa internacional, incluidas, además de las anteriores, estadísticas generales de consumo de alcohol; (4) métodos de indicadores múltiples, que también incluyen un aspecto cronológico; (5) un modelo de diseño basado en necesidades que utiliza, además de los anteriores, métodos cualitativos; y (6) modelización dinámica de sistemas que, además de lo anterior, utiliza el análisis de las trayectorias de los clientes y modelos de evaluación de la rentabilidad.	



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				planificación de servicios. Es importante destacar que los datos de registros y encuestas que indican la necesidad de tratamiento deben analizarse con el conocimiento sobre el entorno operativo local. El índice de penetración —la relación entre la demanda satisfecha y la necesidad estimada— parecía ser diferente en los diferentes municipios. La necesidad de tratamiento para los problemas relacionados con el consumo de sustancias se ve afectada por las condiciones de vida y los problemas sociales (como el desempleo, una situación financiera débil y la falta de vivienda). Sin		



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				trabajo, hogar o familia, las personas que abusan de sustancias dependen más de la ayuda profesional que las que se encuentran en una mejor situación cuando intentan resolver sus problemas relacionados con el uso de sustancias		
Font 2016 (48)	Guatemala	Explorar empíricamente nuevas técnicas de obtención de preferencias de los beneficios del sistema de salud en el contexto de los países en desarrollo. El objetivo de estas técnicas es, en última instancia, orientar los mecanismos de establecimiento de prioridades, incluidas las reformas del sistema de salud y la mejora de la función	Basada en la clasificación y las discusiones, se probó primero con un grupo de estudiantes universitarios y un grupo étnico minoritario; luego en varios grupos a nivel comunitario. El estudio se llevó a cabo entre 1998 y 2001. Para validar los hallazgos, se basaron en diferentes técnicas de elicitación que se basan en la clasificación ordinal pura, experimentos presupuestarios adaptados a los mecanismos de asignación específicos de	Los hallazgos indican un potencial prometedor para el establecimiento participativo de prioridades incluso en poblaciones indígenas donde puede haber problemas de implementación. La técnica de obtención descrita parece ser compatible con los incentivos en la medida en que las preferencias se revelen en las reuniones de grupo y no se revele la regla de	Construcción de un centro de salud Servicios de ambulancia Formación en promoción de la salud Farmacia de la Comunidad	NA



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
		de bienestar social relacionada con la salud.	la comunidad y clasificación dependiente de los costos. Desarrollaron un experimento análogo a una asignación presupuestaria teórica y obtuvimos preferencias para cada programa de salud evaluado.	agregación. Nuestros resultados sugieren que las preferencias de las poblaciones excluidas podrían tenerse en cuenta si se desarrollaran técnicas similares en otros entornos. Específicamente, los experimentos relacionados con el presupuesto parecen ser adecuados para las condiciones culturales específicas de la formación de preferencias comunitarias de comunidades como las guatemaltecas examinadas aquí.		
Cediel-Becerra 2016 (24)	Colombia	Priorizar los grupos de enfermedades, población y métodos de análisis en salud pública según las preferencias de los actores de la red de conocimiento del Observatorio Nacional de Salud.	Se utilizó el método de Análisis Conjunto (AC), que consiste en la construcción de un modelo factorial completo tomando una muestra aleatoria de sujetos que deben, según un orden de importancia pre-establecido, identificar las	Los grupos de enfermedades prioritarios fueron: trastornos mentales y del comportamiento (13,8 %), enfermedades cardiovasculares y circulatorias (13 %), neoplasmas (10 %)	Los categorías de priorización preferidos fueron: la carga de enfermedad derivada de • Incidencia • Severidad medida por ausentismo laboral y escolar, tasas de hospitalización y secuelas de la	Método de Análisis Conjunto (AC)





Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
			preferencias de los atributos de determinado constructo.	Diarrea, infecciones respiratorias, meningitis y otras enfermedades infecciosas comunes (6,7 %) y deficiencias nutricionales (6,3 %). Los criterios de priorización preferidos fueron la carga de enfermedad derivada y la dinámica epidemiológica del alto impacto. La información prioritaria de análisis fue la de determinantes sociales. El grupo poblacional de mayor preferencia fue la población general.	enfermedad • Mortalidad / tasa de fatalidad) y la dinámica epidemiológica del alto impacto • Potencial de emergencia • Potencial de producir brotes • Tendencia en los últimos años	
CRES 2012 (25)	Colombia	Determinar los criterios y categorías de priorización de tecnologías en salud para la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS), así como ponderación.	Se utilizaron 3 métodos: 1. Revisión sistemática de la literatura. 2. Consenso tipo Delphi en tiempo real. 3. Cuenta de Borda (función de elección social).	Los criterios de priorización son el fruto de diferentes actividades que representan la evidencia mundial al respecto, las preferencias de la comunidad en general (usuarios del sistema y sociedades científicas	• Impacto de la Enfermedad C01: Gravedad de la enfermedad o condición de salud. • Impacto de la Enfermedad C02: Tasa de incidencia y/o Prevalencia • Contexto de la intervención C03: Guías	Adicional a los 3 métodos utilizados se tuvo en cuenta 4 fases: 1. Fase Identificación y propuesta inicial de criterios y categorías. 2. Fase 1ra



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				<p>como referentes de uso de tecnologías sanitarias) y de expertos en el sistema de salud quienes con la integración de toda esta información, establecieron los mismos. Este proceso fue enriquecido por discusiones académicas y rigurosidad metodológica, que finalmente aumentan la probabilidad de éxito en el uso de dichos criterios en futuros procesos de priorización de tecnologías en salud para la actualización del POS.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Impacto de la Enfermedad C01: Gravedad de la enfermedad o condición de salud. 9,6%</li><li>• Impacto de la</li></ul>	<p>de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Contexto de la intervención C04: Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto.</li><li>• Resultados de las intervenciones en salud C05: Mejora en Eficacia/ efectividad</li><li>• Resultados de las intervenciones en salud C06: Mejora de seguridad y tolerancia.</li><li>• Resultados de las intervenciones en salud C07: Mejora de los resultados en salud reportados por paciente.</li><li>• Tipo de Beneficio C08: Interés en Salud Pública.</li><li>• Tipo de Beneficio C09: Tipo de beneficio clínico.</li><li>• Criterios Económicos</li></ul>	<p>reunión de expertos. Fase 3. Participación ciudadana. Fase 4. 2da de reunión de expertos.</p>



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				<p>Enfermedad C02: Tasa de incidencia y/o Prevalencia 7,3%</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Contexto de la intervención C03: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, válidas para Colombia. 6,5%</li><li>Contexto de la intervención C04: Limitaciones en el desempeño de las tecnologías alternativas para la enfermedad o condición objeto. 6,1%</li><li>Resultados de las intervenciones en salud C05: Mejora en Eficacia/ efectividad 9,2%</li><li>Resultados de las intervenciones en salud C06: Mejora de seguridad y tolerancia. 7,2%</li><li>Resultados de las intervenciones en salud C07: Mejora de los resultados en salud</li></ul>	<p>C10: Impacto en el presupuesto del Plan de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Criterios Económicos C11: Costo-efectividad de la intervención</li><li>Calidad de la evidencia C12: Completitud y calidad del reporte.</li><li>Calidad de la evidencia C13: Relevancia y validez de la evidencia.</li><li>Equidad C14: Equidad en grupos vulnerables.</li><li>Equidad C15: Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación).</li></ul>	



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				reportados por paciente. 7,4% • Tipo de Beneficio C08: Interés en Salud Pública. 8,0% • Tipo de Beneficio C09: Tipo de beneficio clínico. 6,6% • Criterios Económicos C10: Impacto en el presupuesto del Plan de Salud 5,1% • Criterios Económicos C11:Costo-efectividad de la intervención 6,1% • Calidad de la evidencia C12: Completitud y calidad del reporte. 4,0% • Calidad de la evidencia C13: Relevancia y validez de la evidencia. 4,7% • Equidad C14: Equidad en grupos vulnerables. 6,9% • Equidad C15: Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación). 5,4%		



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
Pinto 2000 (49)	Colombia	Presentar una metodología práctica para la asignación y determinación de prioridades de los procesos esenciales basados en los Factores Críticos de Éxito (FCE) y que son determinantes en el logro de la misión	Revisión / MÉTODO FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO/PROCESOS	<p>1. Es un instrumento que acerca la estrategia de la organización en todos los niveles a los procesos claves del negocio y permite priorizar las actividades para alcanzar con éxito la misión.</p> <p>2. Es una metodología sencilla y práctica que permite determinar cuáles son los procesos esenciales a través de encontrar los Factores Críticos de Éxito (FCE).</p> <p>3. Puede aplicarse a diferentes áreas y niveles internos o externos de la organización.</p> <p>4. Es un instrumento de comunicación interdisciplinaria y de reflexión organizacional.</p>	<p>1. Identificación de procesos esenciales</p> <p>2. Matriz de impacto de los procesos sobre los fce</p>	Factores críticos de éxito (fce)
Martínez 2016 (32)	Colombia	Describir la priorización de salud	Revisión	El autor, en esta carta, destaca el papel de la vigilancia	Prevención de enfermedades y la promoción de la salud.	NA



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				epidemiológica en la priorización de planeación de los servicios de salud y los planes de desarrollo; considera que la mejoría de la salud de la población puede darse al reordenar las prioridades de la atención primaria, poniendo énfasis en la promoción y prevención.		
Shawar 2017 (26)	Países de ingresos bajos y medios	Ofrecer sugerencias sobre lo que pueden hacer los defensores para asegurar una mayor atención y recursos a fin de ayudar a abordar las necesidades de la salud de los pobres de las zonas urbanas.	Basamos en el marco de políticas de Shiffman y Smith, que describe los determinantes tanto agentes como estructurales de la prioridad política de las iniciativas de salud global, para analizar los factores que dan forma a la prioridad global de la salud de los pobres de las zonas urbanas. Análisis de políticas cualitativas. Panel: revisión de la literatura, entrevistas y análisis	Se debe lograr un mayor grado de cohesión interna entre los proponentes que trabajan en el área de la salud urbana antes de que sea posible construir un consenso sobre los problemas urbanos en la comunidad en general. Como tal, será importante fomentar la colaboración apoyando el intercambio sistemático de conocimientos sobre	1. Poder de actor: La fuerza de las personas y organizaciones interesadas en el tema (1) Cohesión de la comunidad política: el grado de coalescencia entre la red de individuos y organizaciones que están involucrados de manera central con el tema a nivel global. (2) Liderazgo: la presencia de individuos capaces de unir a la comunidad política y reconocida como	Na



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				<p>intervenciones urbanas efectivas entre los defensores de la salud urbana. En segundo lugar, un enfoque en la equidad en la salud al comunicar los problemas de salud urbana a través de un modelo de "continuo urbano-rural", puede comunicar de manera más convincente las necesidades de salud de los pobres de las zonas urbanas. En tercer lugar, los proponentes deben ser más proactivos a la hora de vincular los esfuerzos de promoción con los eventos actuales relevantes, como los ODS y la Nueva Agenda Urbana</p>	<p>defensores particularmente fuertes de la causa. (3) Instituciones orientadoras: la efectividad de las organizaciones o mecanismos de coordinación con un mandato para liderar la iniciativa. (4) Movilización de la sociedad civil: el grado en que las organizaciones de base se han movilizado para presionar a las autoridades políticas nacionales e internacionales para que aborden el problema a nivel mundial. 2. Ideas: Las formas en que los involucrados con el problema lo entienden y lo describen (5) Marco interno: el grado en que la comunidad de políticas está de acuerdo sobre la definición, las causas</p>	



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
					<p>y las soluciones del problema.</p> <p>(6) Marco externo: representaciones públicas del problema de manera que resuenen en las audiencias externas, especialmente los líderes políticos que controlan los recursos.</p> <p>3. Contextos políticos: Los entornos en los que operan los actores (7) Ventanas de políticas: momentos políticos en los que las condiciones globales se alinean favorablemente para un tema, presentando oportunidades para que los defensores influyan en los tomadores de decisiones.</p> <p>(8) Estructura de gobernanza global: el grado en que las normas e instituciones que operan en un sector proporcionan una plataforma para una acción colectiva eficaz.</p>	



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
					<p>4. Características de la emisión: Características del problema (9) Indicadores creíbles: medidas claras que muestran la gravedad del problema y que pueden usarse para monitorear el progreso. (10) Severidad: el tamaño de la carga en relación con otros problemas, según lo indicado por medidas objetivas como los niveles de mortalidad. (11) Intervenciones efectivas: la medida en que los medios propuestos para abordar el problema están claramente explicados, son rentables, están respaldados por evidencia científica, son simples de implementar y económicos.</p>	
Hernández Aguado 2016 (28)	España	Presentar un debate entre expertos sobre priorización de políticas en salud	Ponencias	El documento recoge distintas participaciones de los expertos en torno a la	Eficacia del programa, impacto presupuestario (asequibilidad), potencial de reducción	Métodos de consenso (delphi, grupo nominal), PBMA



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados o Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				<p>priorización de de desigualdades, políticas públicas en número de personas salud, luego recoge que podrían algunas propuestas de beneficiarse, costo- políticas que se efectividad, calidad de deberían priorizar. Dos la evidencia.</p> <p>de las participaciones recogen elementos clave sobre cómo priorizar.</p> <p>Ricard Meneu indica que existen múltiples estrategias formales para realizar la priorización, que van desde técnicas para realizar consensos como el Delphi o el grupo nominal, hasta técnicas con criterios explícitos de decisión para facilitar reasignación de recursos. Destaca dos métodos principales: el PBMA (Programme Budgeting and Marginal Analysis) y el MCDA (Multi- Criteria Decision Analysis). Menciona algunos de los criterios más</p>		(Programme Budgeting and Marginal Analysis) y el MCDA (Multi-Criteria Decision Analysis)



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				comunes para la priorización: eficacia del programa, impacto presupuestario (asequibilidad), potencial de reducción de desigualdades, número de personas que podrían beneficiarse, costo-efectividad, calidad de la evidencia. Soledad Márquez Calderón presenta su punto de vista sobre cómo podría ser un proceso de definición de prioridades en políticas de salud. Propone un primer elemento que es el contexto (por ejemplo, considerando los determinantes en salud), luego un segundo elemento que es la definición del nivel político (territorial, sectores relacionados con los determinantes en salud versus autoridad		



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				máxima sobre todos los sectores, nivel de complejidad (macro a micro)). Propone un abordaje secuencial, empezando por la elección de grandes objetivos o áreas de mejora, luego priorizando trabajos más específicos (en lo cual puede aportar la aplicación de métodos formales). Añade como elementos clave conocer acuerdos y políticas en sectores distintos al sanitario, que podrían estar relacionados con los determinantes en salud y la participación de profesionales que conozcan bien el sector sobre el que se tomarán decisiones.		
Ministerio de Salud y Protección Social 2011 (14)	Colombia	Formulación integral de Planes Territoriales de Salud, en el marco del Plan Decenal de	Revisión	Es un conjunto de elementos normativos, técnicos, conceptuales, metodológicos y operativos que	Dimensiones Prioritarias: 1. Salud ambiental. 2. Vida saludable y condiciones no transmisibles.	PASE

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
		Salud Pública 2012-2021.		entretajan de manera armónica para garantizar la formulación integral de los Planes Territoriales de Salud	3. Convivencia social y salud mental. 4. Seguridad alimentaria y nutricional. 5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. 6. Vida saludable y enfermedades transmisibles. 7. Salud pública en emergencias y desastres. 8. Seguridad y salud en el trabajo. Dimensiones Transversales: 9. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables. 10. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud.	
Osorio 2008 (36)	Colombia	Presentar una introducción a los problemas de decisión multicriterio. Y hacer una presentación del Proceso de Análisis Jerárquico- AHP.	Revisión Narrativa	Una de las ventajas del AHP como herramienta de apoyo a la toma de decisiones en problemas de selección de múltiples criterios es la	1. El principio de Descomposición: Para resolver la complejidad, el AHP permite estructurar un problema de complejo subproblemas jerárquicos con dependencias de	AHP (Proceso de Análisis Jerárquico)

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				<p>posibilidad que brinda frente a la agregación de diferentes tipos de información, tanto cualitativa como cuantitativa, lo cual facilita la participación en el proceso de personas con una marcada tendencia técnica, así como personas que no lo son.</p> <p>acuerdo con el nivel de descomposición en el que se encuentren.</p> <p>2. Juicios Comparativos: Permite realizar combinaciones en parejas de todos los elementos de un sub-grupo con respecto al criterio principal del subgrupo, por ello se habla de comparaciones biunívocas.</p> <p>3. Composición Jerárquica o Síntesis de prioridades: Permite producir prioridades globales a través de las multiplicaciones de las prioridades locales, es decir, que una vez se tienen soluciones locales, se agregan para obtener la solución general que se está buscando.</p>		
Cromwell 2015 (29)	Canadá	Resumir la literatura disponible sobre la toma de decisiones en el cuidado de la salud donde se	Revisión sistemática de la literatura	Incluyeron 33 estudios en la revisión de la literatura, en los cuales identificaron 72 criterios únicos entre	<p>A. Intervention Outcomes and Benefits</p> <p>B. Type of Health Service</p> <p>C. Disease Impact</p>	<p>Programme Budgeting and Marginal Analysis (PBMA)</p> <p>Multi-Criteria</p>



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
		usaron métodos explícitos basados en criterios como PBMA o MCDA (es decir, una lista de factores se comparó entre sí de acuerdo con algún marco subyacente), con el fin de examinar los criterios utilizados por tomadores de decisiones en entornos del 'mundo real', en lugar de hipotéticos		los elementos incluidos. Los criterios utilizados en los ejercicios de establecimiento de prioridades se clasificaron en diez "dominios" descriptivos.	(burden) D. Therapeutic Context E. Economic Impact F. Environmental Impact G. Quality/uncertainty of Evidence H. Implementation Complexity I. Priorities (fairness) J. Overall Context	Decision Analysis (MCDA)
MINISTÉRIO DA SAÚDE UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS 2015 (50)	Brasil	Capacitar a los profesionales de la salud para mejorar la producción de información, conocimiento y evidencia que promueva una gestión del Sistema Único de Salud cada vez más calificada.	Libro de texto	Este libro de texto del Ministerio de salud y de la Universidad de Goiás, de Brasil, describe a través de una serie de módulos la información requerida por los profesionales de salud para que puedan emplear el conocimiento propuesto por la epidemiología, en la planificación de las políticas de salud. No	Propone evaluar las desigualdades a partir de unos indicadores en los que deben ser priorizadas estas características: 1. Reflejar la dimensión socioeconómica de las desigualdades. 2. Incorporar información sobre todos los grupos poblacionales.	NA



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				presenta de manera explícita un ejercicio o metodología de priorización, pero sugiere el inicio de la planeación a partir del análisis de la situación de salud. En el módulo de análisis de desigualdades propone priorizar algunos indicadores.	3. Ser sensible a los cambios en la distribución y tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica.	
Glaize 2017 (34)	Francia	El objetivo de este estudio es revisar las aplicaciones de los métodos de análisis de decisiones multicriterio (MCDA) para proporcionar una estructura y conocimientos prácticos sobre cómo se aplican los métodos MCDA en diferentes áreas de la salud	Revisión de alcance, solo estudios de caso. Se realizaron desde enero de 1970 hasta el 7 de febrero de 2018 y se desarrollaron consultas de búsqueda estructuradas para optimizar la búsqueda. "MCDA" se definió como el filtro de disciplina y "salud" como el Filtro de búsqueda. Luego, una combinación de palabras clave como "MCDA", "MCDM", "modelo", "ponderación", "puntuación", "aplicación práctica", "política elaboraci3n", "revisi3n	Los datos revelaron que el MCDA se utiliz3 principalmente en salud p3blica para servicios (n = 59). Se identificaron tres tipos de intervenciones: prevenci3n (n = 36), diagn3stico (n = 32) y tratamiento (n = 2). Durante la fase de estructuraci3n del problema, los resultados mostraron que los procesos de selecci3n de interesados y criterios difieren entre 3reas de salud. Para la construcci3n de	NA	Multicriteria decision analysis (MCDA). Seg3n Belton y Stewart (2003), MCDA se puede categorizar en tres familias generales de m3todos: modelos de medici3n de valor (tambi3n conocidos como m3todos "compensatorios"), enfoques de clasificaci3n superior (basados en el concepto de





Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
			sistemática "y" metanálisis	modelos, los autores prefirieron métodos de medición de valor y especialmente el proceso de jerarquía analítica. Esta revisión de alcance destaca la importancia de cada paso del MCDA (utilizando Belton y Stewart), desde la estructuración del problema (incluida la selección de las partes interesadas) hasta la fase de construcción del modelo (que abarca la selección de los Métodos MCDA). Se desarrolló especialmente un marco para unir MCDA con HTA y así apoyar decisiones: la Evidencia y el Valor: Impacto en Toma de decisiones (EVIDEM). Este marco está integrado en el análisis como un marco basado en MCDA		predominio de una alternativa sobre las otras) y métodos de objetivos y puntos de referencia (en los que los criterios son asignados y se minimizan las desviaciones de los objetivos predefinidos). Los criterios y las alternativas deben estar claramente definidos y deben estar disponibles para todos los interesados. Los participantes deben tener la misma comprensión de qué son los MCDA y cuáles son los criterios involucrados en el proceso; de lo contrario, esto podría constituir



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
						una barrera y el grupo podría no lograr el consenso.
Qiu 2018 (51)	USA	Identificar potenciales prioridades de investigación sobre protección social y salud en países de ingresos medios y bajos.	Revisiones de la literatura y consulta a expertos	¿Cómo hacen el ejercicio de priorización? A través de encuestas en línea presentaron las preguntas o ítems por parejas, en las que una de las dos debía ser seleccionada como prioritaria; luego contaron las veces que cada pregunta ganó y la dividieron sobre el número de veces que se presentó esa pregunta, para lograr así el porcentaje.	No presenta categorías generales para priorización de problemas en salud.	A través de encuestas en línea presentaron las preguntas o ítems por parejas, en las que una de las dos debía ser seleccionada como prioritaria; luego contaron las veces que cada pregunta ganó y la dividieron sobre el número de veces que se presentó esa pregunta, para lograr así el porcentaje.
López-Alba 2015 (17)	España	Establecer prioridades de planificación en salud en Benín usando el método de Hanlon. Es un trabajo de grado de medicina.	Revisión de la literatura, estadísticas locales y entrevistas a expertos	Los autores llevaron a cabo una revisión de métodos de priorización y escogieron el HANLON porque es cuantitativo, objetivo, se basa en indicadores disponibles, se puede modificar de acuerdo	Magnitud, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención	Matriz de Hanlon



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				<p>con las características de la población y es recomendado por la OMS. El artículo ilustra cómo obtuvieron los números de cada uno de los componentes de la matriz, por lo tanto, ejemplifican la aplicación.</p> <p>La priorización (P) se obtiene así: <math>P = (A+B) \times C \times D</math>; siendo, Magnitud del problema (A), Severidad del problema (B), Eficacia de la solución (C) y Factibilidad de la intervención (D). La magnitud del problema la puntúan de 0 a 10 dependiendo de la tasa de incidencia o de la prevalencia; así mismo la severidad del problema, obtenida a partir de indicadores (tasa de morbilidad, mortalidad o incapacidad) o subjetivamente (carga</p>		

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados o Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				social que genera el problema); la solución se puntúa de 0.5 a 1.5 y se refiere a la capacidad de actuación o de las distintas soluciones para abordar el problema; la factibilidad se refiere a si la solución es viable y se puntúa como 1 o 0; esta última puede estimarse a partir de cinco parámetros: pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad. Los autores proponen establecer intervalos – a partir de las tasas– para determinar el puntaje dado a la magnitud y a la severidad, así como modificaciones a la fórmula, de manera que sea mayor el peso de la severidad (indican que esto lo		



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				establece la OPS e incluso que se multiplica este valor por 2.		
Canadian Institute for Health Information 1999 (52)	Canadá	Identificar qué medidas deben ser utilizadas para informar sobre la salud de los canadienses y el sistema de salud y luego para compilar y hacer que esta información esté ampliamente disponible.	Proceso de referenciación y proceso participativo en consenso.	La Conferencia de Consenso del 4 de mayo de 1999 sobre Indicadores de Salud de la Población, abordó principalmente la selección de un conjunto básico inicial de indicadores para población que se puede compilar a partir de fuentes de datos actuales en al menos varias partes. Los participantes votaron primero sobre una lista preliminar de indicadores, derivada del análisis ambiental y consultas posteriores	Estado de salud: 1. Muertes 2. Condiciones de salud 3. Función humana 4. Bienestar  Determinantes no médicos de la salud: 1. Comportamientos de salud 2. Condiciones de vida y de trabajo 3. Recursos Personales 4. Factores ambientales  Desempeño del sistema de salud: 1. Aceptabilidad 2. Accesibilidad 3. Adecuación 4. Competencia 5. Continuidad 6. Efectividad 7. Eficiencia 8. Seguridad	Referenciación con otras agencias u organizaciones. Por ejemplo, algunas de las dimensiones de la categoría Estado de salud se basan en conceptos de Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
Frazão 2018 (42)	Brasil	Analizar y sintetizar artículos encontrados en la	Revisión sistemática de literatura	Se pudo identificar una tendencia de crecimiento en la	NA	Dependiendo el tipo de método se evidencia que las

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
		literatura, que involucran Análisis de decisiones multicriterio (MCDA) en el cuidado de la salud, evaluando aspectos generales y aspectos metodológicos, estructurándolos en una sola obra.		aplicación del MCDA en el área de salud, pero no se identificó dominio en relación con los autores de la publicación y las revistas donde se publican, pero algunos países se destacaron en cuanto al número de investigaciones publicadas, como: Canadá y Turquía. Al definir el problema de decisión, y en la definición de criterios, la “literatura” presentó la mayor demanda para quienes desean estructurar su problema de decisión. Finalmente, se verificó mediante el análisis del problema, que el MCDA para resolver los problemas de ranking tiene una aplicación integral y que hay una mayor incidencia en el uso del AHP y Métodos lógicos Fuzzy.		<p>herramientas más utilizadas de acuerdo a la referenciación y con su respectivo resultado son:</p> <p>AHP 41%</p> <p>FUZZY 21%</p> <p>EVIDEM 12%</p> <p>ANP 6%</p> <p>MACBETH 6%</p> <p>TOPSIS 6%</p> <p>VIKOR 4%</p> <p>OMS-CHOICE 4%.</p> <p>Se encuentra 3 tipos de métodos de análisis de decisiones multicriterio para ayudar al problema de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Elección</li> <li>Ranking</li> <li>Clasificación</li> </ol>

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
Jamison 2006 (41)	EEUU			<p>DCP2 es un esfuerzo mucho más completo y, de hecho, ambicioso. Eso va mucho más allá de la actualización del contenido técnico, la carga de morbilidad, y estimaciones de rentabilidad de DCP1. Abarca un nuevo terreno al examinar áreas importantes y complejas, como la entrega, la gestión, y financiación de la atención sanitaria y la investigación sanitaria. Reconoce claramente que el establecimiento de prioridades objetivas es solo el primer paso: las intervenciones identificadas deben entregarse a la población destinataria de manera eficiente para obtener todos los beneficios de los ejercicios de rentabilidad; salud</p>		Analysis costo efectividad



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				individual las intervenciones rara vez son eficaces de forma aislada; y no solo debe el todo el sistema de salud funciona bien para lograr resultados positivos, pero hacer sectores relacionados como nutrición, agua potable, saneamiento y educación. Aumentando las capacidades de todo el sistema junto con Establecer vínculos estrechos con otros actores es la clave del éxito.		
Cleemput 2018 (18)	Bélgica	El objetivo de este estudio fue desarrollar una metodología de evaluación multicriterio para las necesidades insatisfechas de diversas poblaciones de pacientes.	El análisis de decisiones con criterios múltiples puede ayudar a los responsables de la toma de decisiones a estructurar decisiones complejas que involucran múltiples criterios.	El análisis de decisiones multicriterio es un enfoque útil, factible y aceptado para evaluar y clasificar la necesidad terapéutica y social en diversas enfermedades y condiciones.	Necesidad terapéutica - Impacto de la afección en la calidad de vida con corriente tratamiento. - Impacto de la enfermedad en la esperanza de vida con corriente tratamiento. - Inconvenientes del tratamiento actual. Necesidad social Peso * - Gasto público	No reporta





Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
					relacionado con la enfermedad por paciente. - Frecuencia de la afección (prevalencia o incidencia).	
Varela 2016 (30)	España	Identificar y analizar los criterios y procedimientos empleados para la priorización de tecnologías sanitarias a nivel nacional/internacional con el fin de establecer criterios universales y enfoques prácticos que puedan servir de base para el desarrollo de un marco de priorización para el SNS	Revisión sistemática de la literatura, incluye estudio con modelo que incluye panel Delphi, entrevistas y grupo focal	El estudio incluido en la RS que aborda el desarrollo de marcos estratégicos para la selección de prioridades sanitarias contempla un modelo de desarrollo a partir de tres estudios primarios: en el primero, se realiza un método Delphi a universitarios y responsables de la gestión sanitaria procedentes de 5 sistemas de salud diferentes (Canadá, Noruega, Reino Unido, U.S.A., Uganda) para conocer la perspectiva internacional (n=12); en el segundo se entrevista a 55 agentes responsables de la toma de decisión	Los resultados obtenidos del estudio mencionado en la metodología plantean un listado de elementos a considerar en el establecimiento de prioridades sanitarias contemplados en dos dominios: - Dominio de proceso: i) elementos de participación de diferentes actores, ii) proceso explícito (quién, cómo y por qué), iii) gestión de la información, consideración del contexto y valores iv) proceso de revisión o apelación. - Dominio de resultado: i) Conocimiento de los diferentes actores del	MCDA (Multi-Criteria Decision Analysis)



Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
				procedentes de 45 instituciones sanitarias de Canadá (nivel macro, meso y micro), y en el tercero, se emplea la técnica del grupo focal para conocer la opinión de pacientes y usuarios del sistema (n=13).	proceso de priorización, ii) Cambios en las prioridades y/o asignación de recursos, iii) Calidad del proceso de toma de decisión, iv) Aceptación y satisfacción de los diferentes actores y v) Externalidades positivas. En cuanto a los criterios de priorización en estudios internacionales que abordan la toma de decisión en asignación de recursos sanitarios encontraron que una RS agrupaba en 58 criterios únicos y los clasificaron en 9 categorías: resultados en salud y beneficios de la intervención, tipo de servicio, enfermedad diana, contexto terapéutico, impacto económico, calidad e incertidumbre de la evidencia, complejidad en la implementación, prioridades, ética y	

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	Categorías de priorización	Herramienta de priorización
					justicia y contexto global.	
Yoshida, 2016	Suiza	Identificar los métodos y herramientas que se utilizan comúnmente en los artículos que son más fácilmente accesibles a través de bases de datos en el dominio público como PubMed, y evaluar su importancia y aplicabilidad relativa	Revisión metódica utilizando la base de datos PubMed para el período 2001-2014.	Herramientas y métodos que tienen una estructura bien definida, como el método CHNRI, el método James Lind Alliance y la matriz de enfoque combinado, es probable que el método Delphi y los procesos de consulta no replicables sean gradualmente reemplazados por estas herramientas emergentes, que ofrecen más transparencia y replicabilidad. El método CHNRI está destinado a convertirse en el enfoque más utilizado.	NA	Método CHNRI Método James Lind Alliance Matriz de enfoque combinado
Choi 2019 (33)	EEUU	Documentar la ciencia subyacente de cómo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adaptó el método Hanlon,	Este estudio combinó la consulta de expertos de un grupo asesor con el desarrollo de la metodología por parte de un grupo técnico.	Llevan a cabo un ajuste del método original de Hanlon, eliminando el componente PEARL y reemplazándolo por los criterios de	Magnitud, severidad del problema, efectividad, inequidad y posicionamiento institucional	Hanlon modificado

Autor Año Referencia	País	Objetivo	Metodología	Resultados Resumen	o	Categorías de priorización	de	Herramienta de priorización	de
		que da prioridad a los programas de control de enfermedades, a su gama más amplia de áreas programáticas y su uso para implementar el Plan Estratégico de la OPS 2014 - 2019		inequidad y posicionamiento institucional	de	Basic Priority Rating (BPR) =(((A+B+E)*C)/5.25)*F			

Fuente: elaboración propia



## Anexo 7. Instructivo

### **Instructivo para la aplicación de una herramienta metodológica de priorización de problemáticas en salud que fortalezca la gestión territorial contribuyendo a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS.**

Esta herramienta se propone para ayudar a los territorios en el proceso de definición y priorización de problemáticas y necesidades en salud contribuyendo a la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS. Sin embargo, los módulos correspondientes a la definición del problema y priorización se pueden utilizar de forma transversal en otros procesos de planeación y gestión, que deban enfrentar los territorios, teniendo en cuenta que los criterios empleados fueron obtenidos a través de una búsqueda de la literatura que dio cuenta de los métodos de priorización a través de una variedad de problemáticas y necesidades en salud.

La herramienta que se presenta a continuación está conformada por 5 módulos los cuales le ayudarán a describir de manera adecuada los problemas, necesidades o tensiones de su territorio (Módulo 1), hacer priorización de los mismos (Módulo 2), identificar las líneas y acciones dentro de los procesos de planeación que se estén llevando a cabo (por ejemplo, implementando la normatividad vigente) (Módulo 3), analizar si los problemas, necesidades o tensiones se relacionan con el cumplimiento de algún resultado o proceso (Módulo 4), las respuestas generadas de este proceso le sirven como insumo para iniciar un proceso de planeación de la gestión (Módulo 5); sin embargo, el desarrollo de este último módulo no está dentro del alcance de este documento. En la Figura se representan los módulos y sus relaciones. Estos módulos se pueden aplicar de manera secuencial o independiente, de acuerdo con los avances que se tengan en el territorio.



**Figura 1. Estructura de herramienta de definición y priorización de problemas, necesidades o tensiones.**

Esta herramienta se propone como un instrumento para facilitar la definición y priorización de problemas, necesidades o tensiones, articulando elementos de otras herramientas existentes en planeación territorial tales como el KIT (53) y el PASE a la equidad (14) entre otros.

A continuación se describe cada uno de los módulos que integran la herramienta, además se ejemplifica la aplicación de cada uno de estos.



## 6. Definición de problemáticas

En el proceso de definir correctamente un problema se requiere profundizar en el análisis de las situaciones de cada territorio, identificando la población a la que afecta y su localización. Lograr una adecuada descripción de un problema es un avance hacia la solución. Con el fin de ilustrar cómo se define un problema, a continuación se parte de uno ya descrito por un municipio<sup>1</sup>.

De acuerdo con las recomendaciones descritas en el KIT por el DNP, para definir adecuadamente el problema, es importante evidenciar situaciones negativas en cada línea de acción, que respondan tanto a las competencias como a las problemáticas más sentidas que tiene la entidad territorial, así como describir únicamente el problema, separándolo de las causas y consecuencias. Para ello, la entidad territorial responsable de la formulación debe responder cuatro preguntas:

- ¿Cuáles son las situaciones negativas que podrían convertirse en problemas claves a analizar?
- ¿Por qué exactamente eso es un problema?
- ¿Qué grupo poblacional se ve afectado por cada uno de los problemas?
- ¿Dónde se presenta o localiza el problema en territorio?

---

<sup>1</sup> Este problema fue identificado en la página web de la gestión del plan decenal en salud pública (PDSP), a través del siguiente link: <https://sme-pdsp.minsalud.gov.co/Home/Informes>, Sin embargo los problemas, necesidades o tensiones pueden ser identificados de otras fuentes.



**Clave:** El DNP recomienda consultar el documento de enfoque étnico de la biblioteca del KPT. Para consignar la respuesta a estas preguntas y ordenar la información propone el formato “Problemas territoriales por línea estratégica”.

Para la correcta definición del problema, se debe evitar el uso de expresiones como “falta de...” o “ausencia de...” Para dar claridad a la descripción se aconseja el uso de palabras como: limitado, escaso, costoso, bajo, restringido, ineficiente, incipiente, frágil, malo, ineficaz, débil, inadecuado, alto, excesivo, elevado, entre otras.

#### Ejemplo de problema identificado en un territorio

El problema seleccionado fue el siguiente: “El desconocimiento de la ruta de atención a víctimas de violencia basada en género con énfasis en violencia sexual y baja adherencia a los protocolos de atención a víctimas han generado deficiencia en la calidad de la atención integral en salud a las víctimas (cumplimiento en 2019 de protocolo resolución 459 del 60%) que conlleva a embarazos no deseados, incremento en la incidencia de infecciones transmisión sexual y VIH, trastornos de salud mental, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, reforzado por la desarticulación intersectorial, con mayor afectación en la población de niños, niñas, adolescentes, mujeres, poblaciones en condiciones de discapacidad, etnias, víctimas del conflicto, este municipio es uno de muchos con las mayores tasas, situación que viene presentándose desde hace más de diez años, implicando la baja credibilidad en la institucionalidad, baja garantía de los derechos de las víctimas en salud, protección y justicia, cabe resaltar que en el departamento se cuenta con un comité consultivo departamental de prevención de la violencia basada en género con énfasis en violencia sexual, con compromiso por parte de sus integrantes, desde donde se ha venido concertando acciones que permita fortalecer la prevención, la atención intersectorial e interinstitucional a víctimas y el sistema de información con relación al tema, además desde acciones colectivas se viene trabajando en la sensibilización de este tema con sector educativo”.

En este ejemplo se puede identificar una problemática que define algunas causas y consecuencias, como se ilustra a continuación:

Problemas	Causas	Consecuencias
-----------	--------	---------------





Baja adherencia a los protocolos de atención	Desconocimiento de la ruta de atención integral.  Desarticulación intersectorial, con mayor afectación en la población de niños, niñas, adolescentes, mujeres, poblaciones en condiciones de discapacidad, etnias, víctimas del conflicto.	Deficiencia en la calidad de la atención integral a víctimas.  Embarazos no deseados, incremento en la incidencia de infecciones transmisión sexual y VIH, trastornos de salud mental, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas.
<p>Si la situación negativa encontrada es: "... escaso conocimiento de la ruta de atención a víctimas de violencia basada en género con énfasis en violencia sexual. Esto implica para la entidad territorial un esfuerzo alto para mejorar".</p> <p>El problema concretamente a describir sería: "baja adherencia a los protocolos de atención a víctimas".</p> <p>Si según los datos encontrados este problema está afectando principalmente a niños, niñas, adolescentes, mujeres, poblaciones en condiciones de discapacidad, etnias y víctimas del conflicto, el registro correcto de esta información en el formato sería: <b><i>"baja adherencia a los protocolos de atención a víctimas que afecta principalmente a niños, niñas, adolescentes, mujeres, poblaciones en condiciones de discapacidad, etnias y víctimas del conflicto"</i></b>.</p>		

Es probable que existan problemas de alta complejidad, donde la solución tal vez exceda los cuatro años de gobierno. Estos problemas deben discutirse al momento de identificar las oportunidades de articulación, puesto que usualmente están asociados con retos de gestión que involucren a otras entidades territoriales y el gobierno nacional.

Es recomendable el uso de indicadores de resultados sujetos de seguimiento, procurando el uso de fuentes de información oficiales que garanticen la calidad de la información.

## 7. Priorización de problemáticas



Luego de identificar el (los) problema(s) y plantearlo(s) de acuerdo con lo mencionado en el apartado anterior, puede realizar la priorización de los mismos, y con esto puede seguir avanzando en los pasos de la herramienta para lograr plantear acciones de gestión sobre los mismos.

En este módulo la herramienta permite obtener una valoración o puntaje para cada problema, una clasificación de prioridad y un ordenamiento; aunque la herramienta le sugiere tres posibles categorías de prioridad (alta, media o baja), esta es solo una orientación, pues en su ejercicio de planeación puede incluir más o menos problemas para resolver, de acuerdo con su disponibilidad de recursos.

### 7.1. Criterios de priorización

Los criterios de priorización, su definición operativa y las opciones de respuesta, se ilustran en la Tabla 1.

Debe realizar la priorización de las problemáticas, necesidades o tensiones usando los criterios magnitud, cronicidad, tendencia, impacto, costo, repercusión negativa, inequidad, ingobernabilidad, reforzadores y liberadores. Una vez realizada esa priorización, si dispone de algún tipo de solución a la problemática, debe aplicar los criterios de efectividad y factibilidad a esos problemas priorizados (dependiendo de la cantidad puede escoger los clasificados en prioridad alta o los de prioridad alta y moderada), para determinar cuáles son los problemas que su territorio puede empezar a solucionar en el corto plazo.

**Tabla 1. Criterios de priorización, definición y opciones de respuesta.**

Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
Magnitud	¿Qué tan grave es el problema? Se refiere a la fuerza o grado de afectación de la problemática, tensión o necesidad.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Problema menor, baja prevalencia o baja deficiencia de las acciones en salud implementadas.



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
	Cuando se hace referencia a problemas en salud, puede ser interpretado en términos de incidencia, prevalencia o de mortalidad por causas específicas, y en el caso problemas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública, es el grado de deficiencia del sistema o de la acciones implementadas.	2-3: Problema intermedio, prevalencia media, capacidad de acceso o respuesta intermedia de las acciones en salud implementadas. 4-5: Problema mayor, alta prevalencia o alta deficiencia de las acciones en salud implementadas.
Cronicidad	¿Hace cuánto se presenta el problema? Tiempo que lleva presente la tensión o problemática.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Reciente (<5 años) 2-3: Aparición mediana (entre 5 y 10 años) 4-5: Mayor a 10 años
Tendencia	¿Cuál es la tendencia que presenta el problema en los últimos 5 años? Evalúa el grado en el que un problema está mejorando, estabilizándose o empeorando en tendencias en los últimos cinco años, o el grado de progreso de un programa para alcanzar una meta.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Mejorando 2-3: Estabilizándose 4-5: Empeorando
Impacto	¿Qué tanto impacta o afecta el problema? Nivel en el que la tensión afecta otras dimensiones del desarrollo del estado de salud poblacional.  También puede considerarse el grado de afectación de la calidad de vida causada por el problema, la carga para los servicios de salud y el efecto sobre la salud y el desarrollo sostenible.	Puntaje de 0 a 5 0-1. Bajo impacto 2-3: Mediano impacto 4-5: Alto impacto
Costo	¿Cuál es el costo o afectación financiera por (que conlleva) el problema?	Puntaje de 0 a 5



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
	Es el costo o el impacto financiero, que el problema de salud causa a la sociedad.	0-1: Bajo costo - Bajo impacto en el presupuesto territorial 2-3: Costo intermedio - impacto moderado en el presupuesto territorial 4-5: Alto costo - Alto impacto en el presupuesto territorial
Repercusión negativa	¿El programa afecta a otros o se transmite a otros? La repercusión negativa en otras personas o territorios se mide por: i) la naturaleza transmisible del problema de salud (por ejemplo, las enfermedades transmisibles) ii) los efectos conductuales relacionados con el problema de salud que pueden recaer en otros (por ejemplo, el tabaquismo pasivo y la conducción bajo los efectos del alcohol) iii) la capacidad del problema de propagarse y causar otros problemas.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Repercusión negativa baja 2-3: Repercusión negativa intermedia 4-5: Repercusión negativa alta
Inequidad	¿Existen inequidades en los problemas o programas? Inequidad se define en materia de salud como las desigualdades entre grupos de población que son injustas e injustificadas, así como innecesarias y evitables. Hace referencia a las diferencias en la presencia de enfermedades o acceso a los servicios o programas de salud en relación con grupos étnicos, género, ingresos, ubicación geográfica (rural versus urbana) u otros factores.	Puntaje de 0 a 5 0-1: sin diferencias entre grupos de población 2-3: diferencias moderadas entre grupos de población 4-5: diferencias marcadas entre grupos de población



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
Ingovernabilidad	<p>¿Qué tanta capacidad de respuesta tiene la institucionalidad o el Gobierno para dar solución a la tensión?</p> <p>Corresponde al grado en que la tensión desborda la capacidad institucional y de la sociedad para superar la tensión y restablecer el equilibrio.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: Se ha dado respuestas a la situación y no hay necesidad de apoyo externo del nivel superior*</p> <p>2-3: Moderada capacidad para dar respuesta a la situación y necesidad de apoyo parcial del nivel superior*</p> <p>4-5: Baja capacidad para dar respuesta a la situación y necesidad de apoyo total del nivel superior*</p> <p>Nota: dependiendo de quién diligencie la herramienta se puede solicitar apoyo a otro nivel; los niveles son municipal, departamental o nacional.</p>
Reforzadores	<p>¿Existe alguna situación que empeore el problema?</p> <p>Factores (eventos, situaciones o condiciones) presentes en el territorio o fuera de él que agravan la tensión.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: Situación que poco agrava - no existencia de reforzador</p> <p>2-3: Situación que refuerza medianamente la tensión</p> <p>4-5: Situación que agrava significativamente la tensión</p>
Liberadores	<p>¿Existe alguna situación que mitigue, disminuya o contrarreste el problema?</p> <p>Factores (eventos, situaciones o condiciones) presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión o problema.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: Liberador con poco impacto sobre la tensión o no existencia de liberador</p> <p>2-3: Liberador que medianamente ayuda a superar la tensión</p>



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta
		4-5: Liberador con efecto alto para equilibrar la tensión
Los criterios que se presentan a continuación se aplican a problemáticas, necesidades o tensiones para las que existen intervenciones para su solución. Si no se cuenta con soluciones puede marcar la opción 0.		
Efectividad de las intervenciones	<p>¿Se cuenta con una solución o intervención para resolver el problema?</p> <p>¿Existen y funcionan las soluciones o intervenciones para resolver el problema?</p> <p>En caso de programas orientados a las enfermedades es el grado que se producen resultados en condiciones normales. Es el producto de la tasa de éxito por el alcance potencial (población en esas condiciones o destinataria).</p> <p>En el caso de los programas orientados a los sistemas de salud o intervenciones en salud pública, es una evaluación cualitativa de la intervención.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0: No se cuenta con una intervención</p> <p>1: Baja efectividad de la intervención (sin diferencias)</p> <p>2-3: Efectividad intermedia de la intervención (diferencias moderadas)</p> <p>4-5: Efectividad alta de la intervención (diferencias grandes)</p>
Factibilidad de la solución	<p>¿Se cuenta con una solución o intervención para resolver el problema?</p> <p>¿Se pueden implementar las soluciones existentes?</p> <p>Determina la viabilidad de la implementación de la solución sobre el problema específico. Esta viabilidad se relaciona con la disponibilidad de recursos económicos, de talento humano, posibilidad de continuidad en el tiempo de la solución como factores importantes para lograr llevar a cabo las acciones de mejoramiento.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0: No se cuenta con una solución (se marcó 0 en el criterio anterior)</p> <p>1: Factibilidad baja</p> <p>2-3: Factibilidad intermedia</p> <p>4-5: Factibilidad alta</p>

Fuente: elaboración propia



Como fuentes de información para realizar esta valoración de los problemas se cuenta con el Análisis de Situación de Salud – ASIS, la estrategia PASE a la equidad en salud, y otras fuentes de información oficial que considere relevante para hacer el análisis. El objetivo de esta herramienta es utilizar de manera unificada la información con la que ya cuenta el territorio.

## 7.2. Obtención de valoración o puntaje

Para obtener el puntaje final cada uno de los criterios incluidos para la priorización tiene una calificación entre 0 y 5, siendo 5 la calificación con mayor afectación o impacto. Todos los criterios se suman, excepto el de liberadores (el cual se resta) y esta suma se multiplica por un factor (1.818) para que el puntaje final tenga un máximo de 100; como es posible que para algunas problemáticas los territorios no cuenten con una solución, los criterios de efectividad y factibilidad tienen la posibilidad de ser calificados con “cero”, para que el territorio pueda priorizar el desarrollo de acciones para las que cuentan con intervenciones.

El puntaje general se obtiene con el siguiente algoritmo:

Priorización = ((Magnitud + Cronicidad + Tendencia + Impacto + Costo + Repercusión negativa + Inequidad + Ingovernabilidad + Reforzadores) – Liberadores) + (Efectividad de las intervenciones + Factibilidad de la solución)\*1.818

Obtendrá un puntaje entre 0 y 100, un mayor puntaje indica una mayor prioridad, así: prioridad alta (66.1 a 100 puntos), prioridad media (33.1 a 66 puntos) y prioridad baja (0 a 33 puntos). Si bien puede calcular el puntaje en forma manual, también puede utilizar el documento adjunto en Microsoft Excel.

### Ejemplo de priorización

Continuando con el ejemplo planteado en el apartado anterior de “*baja adherencia a los protocolos de atención a víctimas*” se presenta su valoración, la cuál será de utilidad en la priorización de los problemas del territorio:



Criterio	Puntaje	Explicación
Magnitud	5	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 3
Cronicidad	5	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 3
Tendencia	4	Comparando el ASIS de 2016-2019 con el ASIS 2020 la situación ha empeorado.
Impacto	5	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 3
Costo	5	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 3
Repercusión negativa	5	Esta problemática genera aparición de otras condiciones como lo son el embarazo adolescente, ETS, trastornos de la salud mental y consumo de SPA.
Inequidad	5	La población de (...) es una población vulnerable debido a su población que en su mayoría está en lo rural y rural disperso, con presencia de grupos al margen de la ley.
Ingobernabilidad	2	La intensidad definida en el portal de Gestión del PDSP es de categoría 2, falta unión a nivel intersectorial
Reforzadores	5	Desarticulación intersectorial en el manejo de los programas MIAS - RIAS en el municipio (Portal de Gestión del PDSP)
Liberadores	1	Se cuenta con un comité consultivo departamental de prevención de las Violencia Basada en Genero (VBG) con énfasis en violencia sexual, con compromiso por parte de sus integrantes, desde donde se ha venido concertando acciones que permita fortalecer la prevención, la atención intersectorial e intrainstitucional a víctimas y el sistema de información con relación al tema, además desde acciones colectivas se viene trabajando en la sensibilización de este tema con sector educativo (portal de Gestión del PDSP)
Efectividad de las intervenciones	5	Actualmente se cuenta con la ruta de atención en salud, lo cual puede tener un impacto





		importante en la población, existen otras variables sociodemográficas que dificultan la implementación de estas estrategias.
Factibilidad de la solución	3	La problemática descrita es la de mayor impacto en la población según el ASIS 2020, no obstante tiene otras condiciones sociodemográficas que dificulta la adherencia a las estrategias gubernamentales y del sector salud.
Priorización con efectividad y factibilidad: ALTA	87.3	Puntaje = $(85+5+4+5+5+5+5+2+5-1+5+3)*1.818$

El problema planteado tiene una priorización alta; teniendo en cuenta que dispone de posibles soluciones o intervenciones, es candidato a ser considerado dentro de las acciones y compromisos de gestión del territorio.

## 8. Selección de líneas de acción

Una vez aplicados los Módulos 1 y 2, el siguiente paso consiste en determinar las líneas de acción relacionadas con la problemática que está trabajando; estas líneas de acción corresponden a las propuestas en la normatividad vigente (por ejemplo las líneas de acción de MAITE). Si ya ha identificado problemas, necesidades o tensiones de salud en el territorio dentro del marco de la planificación territorial ya sea en el ASIS o en el desarrollo de la estrategia PASE a la equidad, las preguntas orientadoras presentadas a continuación en la Tabla 2 le ayudarán a determinar cuáles líneas de acción debe analizar.

**Tabla 2. Preguntas orientadoras de la línea de acción la normatividad vigente**

Línea de acción	Pregunta Orientadora	Respuesta Si/No
Aseguramiento	<p>¿El problema de afiliación tiene que ver en su territorio con la no captación o subregistro de su población y su caracterización?</p> <p>¿Su territorio cuenta con cobertura universal priorizando la población vulnerable, reportando novedades, monitoreo y</p>	



Línea de acción	Pregunta Orientadora	Respuesta Si/No
	seguimiento de prestación con calidad de necesidades y expectativas de afiliados, garantizando la oportunidad entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de Salud?	
Salud pública	¿Este problema está relacionado con las condiciones de salud de la población y su solución implica la generación de políticas y la articulación de respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias? ¿Los análisis de situación de salud en su territorio se hacen con enfoque de determinantes sociales con acciones que corresponden a las 8 dimensiones prioritarias y las dos transversales del PDSP?	
Prestación de servicios	¿La problemática requiere implementar acciones que garanticen el acceso a los servicios de salud, optimicen los recursos o mejoren la calidad de los mismos para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud que requiere el territorio?	
Talento humano en salud	¿La problemática podría solucionarse (parcial o completamente) implementando acciones que mejoren la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano en salud que se encuentra en el territorio?	
Financiamiento	¿La problemática comprende la planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho a la salud?	
Enfoque diferencial	¿El problema podría solucionarse teniendo en cuenta o reconociendo las particularidades de las poblaciones y las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en situaciones de marginalidad y de mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud?	



Línea de acción	Pregunta Orientadora	Respuesta Si/No
Intersectorialidad	¿La solución a esta problemática implica la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios de los participantes del sector salud (públicos, privados y organizaciones sociales)?	
Gobernanza	¿La problemática requiere de la integración de acciones para la gestión de la salud por parte de la sociedad civil y de la autoridad sanitaria para contribuir al goce efectivo del derecho a la salud?	

**Ejemplo de selección de líneas de acción**

Línea de acción	Respuesta Si/No	Explicación
Aseguramiento	No	El problema no está relacionado con el aseguramiento debido a la existencia de alternativas de tratamiento como la "ruta de atención a víctimas de violencia basada en género".
Salud pública	Si	La problemática está relacionada con las condiciones de salud de la población.
Prestación de servicios	Si	El desconocimiento de la ruta de atención por parte de los actores participantes (personal de salud, pacientes, administrativos y entidades gubernamentales) hace que no se brinde un servicio de calidad.
Talento humano en salud	Si	Si bien en la problemática no se especifica quien desconoce la ruta de atención, puede entenderse que el personal de salud desconoce esta, razón por la cual es



		necesario realizar procesos de capacitación en esta temática.
Financiamiento	No	No se menciona en la problemática la relación con los recursos.
Enfoque diferencial	Si	Es importante tener en cuenta la población que se describe en la problemática y por este motivo se requiere un enfoque diferencial.
Intersectorialidad	Si	La problemática está "Reforzada por la desarticulación intersectorial".
Gobernanza	Si	Se requiere una mejor articulación entre las instituciones gubernamentales y la sociedad civil.

Fuente: elaboración propia

### 9. Selección de acciones de la normatividad vigente y resolución de preguntas orientadoras

Una vez seleccionadas las líneas de acción en el módulo 3, se procede a determinar qué acciones están relacionadas con la problemática. Se presenta dos grupos de preguntas para cada una de las acciones (en este ejemplo, del MAITE), el primer grupo son preguntas referidas a los resultados, donde puede evidenciar el cumplimiento de la acción; el siguiente grupo está enfocado al proceso, lo cual le ayudará a determinar si existe algún vacío con los procesos de gestión relacionados.

#### Ejemplo de selección y aplicación de preguntas orientadoras

Para ejemplificar este módulo se escogió una de las líneas de acción de identificadas en el módulo anterior "Salud Pública" y posterior a esto seleccionó una de las la acciones "Adoptar, adaptar, implementar y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud de manera articulada con los



demás integrantes del sistema de salud que operan en el territorio”, finalmente se responde a las preguntas de resultado y proceso, como se puede ver a continuación:		
Acción	Preguntas Orientadoras	Respuesta
Adoptar, adaptar, implementar y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud de manera articulada con los demás integrantes del sistema de salud que operan en el territorio.	Resultado	
	1. ¿Se han identificado los actores clave en la adopción de las RIAS en los servicios de salud locales?	No
	1. ¿Se cuenta con indicadores para evaluar la implementación, cumplimiento, aceptabilidad, cobertura y otros resultados de la implementación de RIAS en el territorio?	No
	Proceso	
	1. ¿Se cuenta con actividades que promuevan la implementación de RIAS en todos los actores del servicio de salud en el territorio?	Si

En el archivo **Herramienta de Priorización.xlsx** se presentan los siguientes instrumentos:

- Hoja Priorización: criterios para la priorización
- Hoja Identificación de líneas: preguntas para determinar cuáles son las líneas de acción de la normatividad vigente relacionadas con la problemática.
- Hoja Preguntas orientadoras: línea de acción, acciones y preguntas de resultado y proceso para analizar la problemática e iniciar la identificación de acciones de gestión.

#### 10. Inicio de la planeación de la gestión

Las respuestas dadas a las preguntas orientadoras del módulo anterior le servirán como insumo para hacer la planeación de la gestión, la cual tendrá como punto de partida la determinación de las acciones que se deben llevar a cabo. Este paso debe ser parte de una herramienta de gestión en la que se incluyan compromisos, responsables, tiempos, etc.



## Anexo 8. Herramienta de priorización

Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
Magnitud	<p>¿Qué tan grave es el problema?</p> <p>Fuerza o el grado de afectación de la tensión o problemática sobre los actores .</p> <p>Cuando se hace referencia a problemas en salud, también puede ser interpretado en términos de incidencia, prevalencia o de mortalidad por causas específicas, y en el caso problemas orientados a los sistemas de salud y las intervenciones de salud pública, es el grado de deficiencia del sistema o el programa.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: Problema menor, baja prevalencia o baja deficiencia del programa</p> <p>2-3: Problema intermedio, prevalencia media, capacidad de acceso o respuesta intermedio del programa</p> <p>4-5: Problema mayor, alta prevalencia o alta deficiencia del programa</p>			



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
Cronicidad	¿Hace cuánto se presenta el problema? Tiempo que lleva presente la tensión o problemática.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Reciente (<5 años) 2-3: Aparición mediana (entre 5 y 10 años) 4-5: Mayor a 10 años			
Tendencia	¿Cuál es la tendencia que presenta el problema en los últimos 5 años? Evalúa el grado en el que un problema está mejorando, estabilizándose o empeorando en tendencias en los últimos cinco años, o el grado de progreso de un programa para alcanzar una meta.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Mejorando 2-3: Estabilizándose 4-5: Empeorando			
Impacto	¿Qué tanto impacta o afecta el problema? Nivel en el que la tensión afecta otras dimensiones del desarrollo del estado de salud poblacional.	Puntaje de 0 a 5 0-1. Bajo impacto 2-3: Mediano impacto 4-5: Alto impacto			



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
	También puede considerarse el grado de afectación de la calidad de vida causada por el problema, la carga para los servicios de salud y el efecto sobre la salud y el desarrollo sostenible.				
Costo	¿Cuál es el costo o afectación financiera por (que conlleva) el problema? Es el costo o el impacto financiero, que el problema de salud causa a la sociedad.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Bajo costo - Bajo impacto en el presupuesto territorial 2-3: Costo intermedio - impacto moderado en el presupuesto territorial 4-5: Alto costo - Alto impacto en el presupuesto territorial			





Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
Repercusión negativa	<p>¿El programa afecta a otros o se transmite a otros? La repercusión negativa en otras personas o territorios se mide por:</p> <p>i) la naturaleza transmisible del problema de salud (por ejemplo, las enfermedades transmisibles)</p> <p>ii) los efectos conductuales relacionados con el problema de salud que pueden recaer en otros (por ejemplo, el tabaquismo pasivo y la conducción bajo los efectos del alcohol)</p> <p>iii) la capacidad del problema de propagarse y causar otros problemas.</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: Repercusión negativa baja</p> <p>2-3: Repercusión negativa intermedia</p> <p>4-5: Repercusión negativa alta</p>			
Inequidad	<p>¿Existen inequidades en los problemas o programas?</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: sin diferencias entre grupos de población</p>			



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
	<p>Inequidad se define en materia de salud como las desigualdades entre grupos de población que son injustas e injustificadas, así como innecesarias y evitables.</p> <p>Hace referencia a las diferencias en la presencia de enfermedades o acceso a los servicios o programas de salud en relación con grupos étnicos, género, ingresos, ubicación geográfica (rural versus urbana) u otros factores.</p>	<p>2-3: diferencias moderadas entre grupos de población</p> <p>4-5: diferencias marcadas entre grupos de población</p>			
Ingobernabilidad	<p>¿Qué tanta capacidad de respuesta tiene la institucionalidad o el Gobierno para dar solución a la tensión?</p> <p>Corresponde al grado en que la tensión desborda</p>	<p>Puntaje de 0 a 5</p> <p>0-1: Se ha dado respuestas a la situación y no hay necesidad de apoyo externo del nivel superior*</p> <p>2-3: Moderada capacidad para dar respuesta a la</p>			



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
	la capacidad institucional y de la sociedad para superar la tensión y restablecer el equilibrio.	situación y necesidad de apoyo parcial del nivel superior* 4-5: Baja capacidad para dar respuesta a la situación y necesidad de apoyo total del nivel superior* Nota: dependiendo de quién diligencie la herramienta se puede solicitar apoyo a otro nivel; los niveles son municipal, departamental o nacional.			
Reforzadores	¿Existe alguna situación que empeore el problema? Factores (eventos, situaciones o condiciones) presentes en el territorio o fuera de él que agravan la tensión.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Situación que poco agrava - no existencia de reforzador 2-3: Situación que refuerza medianamente la tensión 4-5: Situación que agrava significativamente la tensión			



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
Liberadores	¿Existe alguna situación que mitigue, disminuya o contrarreste el problema? Factores (eventos, situaciones o condiciones) presentes en el territorio o fuera de él que disminuyen o contrarrestan la tensión o problema.	Puntaje de 0 a 5 0-1: Liberador con poco impacto sobre la tensión o no existencia de liberador 2-3: Liberador que medianamente ayuda a superar la tensión 4-5: Liberador con efecto alto para equilibrar la tensión			
Efectividad de las intervenciones	¿Se cuenta con una solución o intervención para resolver el problema? ¿Existen y funcionan las soluciones o intervenciones para resolver el problema? En caso de programas orientados a las enfermedades es el grado que se producen resultados en condiciones normales. Es el producto de la tasa	Puntaje de 0 a 5 0: No se cuenta con una intervención 1: Baja efectividad de la intervención (sin diferencias) 2-3: Efectividad intermedia de la intervención (diferencias moderadas) 4-5: Efectividad alta de la intervención (diferencias grandes)			



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
	de éxito por el alcance potencial (población en esas condiciones o destinataria). En el caso de los programas orientados a los sistemas de salud o intervenciones en salud pública, es una evaluación cualitativa de la intervención.				
Factibilidad de la solución	¿Se pueden implementar las soluciones existentes? Determina la viabilidad de la implementación de la solución sobre el problema específico. Esta viabilidad se relaciona con la disponibilidad de recursos económicos, de talento humano, posibilidad de continuidad en el tiempo de la solución como factores	Puntaje de 0 a 5 ¿Se cuenta con una solución o intervención para resolver el problema? ¿Se pueden implementar las soluciones existentes?  0: No se cuenta con una solución (se marcó 0 en el criterio anterior) 1: Factibilidad baja 2-3: Factibilidad intermedia 4-5: Factibilidad alta			



Criterio	Definición operativa	Opciones de respuesta	Problema 1	Problema 2	Problema 3
	importantes para lograr llevar a cabo las acciones de mejoramiento.				

Fuente: elaboración propia



## Anexo 9. Identificación de líneas de acción.

Línea de acción	Pregunta orientadora	Respuesta Si/No
Aseguramiento	¿El problema de afiliación tiene que ver en su territorio con la no captación o subregistro de su población y su caracterización? ¿Su territorio cuenta con cobertura universal priorizando la población vulnerable, reportando novedades, monitoreo y seguimiento de prestación con calidad de necesidades y expectativas de afiliados, garantizando la oportunidad entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de Salud?	
Salud pública	¿La problemática está relacionada con la orientación de las acciones de los actores territoriales y con el objetivo de mejorar las condiciones y garantía del derecho a la salud? ¿El análisis de situación de salud - ASIS en su territorio se hacen con enfoque de determinantes sociales?	
Prestación de servicios	¿La problemática requiere implementar acciones que garanticen el acceso a los servicios de salud, optimicen los recursos o mejoren la calidad de los mismos para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud que requiere el territorio?	
Talento humano en salud	¿La problemática podría solucionarse (parcial o completamente) implementando acciones que mejoren la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano en salud que se encuentra en el territorio?	
Financiamiento	¿La problemática podría solucionarse implementando acciones en la planeación, presupuestación, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud para el goce efectivo del derecho a la salud?	



Línea de acción	Pregunta orientadora	Respuesta Si/No
Enfoque diferencial	¿El problema podría solucionarse teniendo en cuenta o reconociendo las particularidades poblacionales, las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en situaciones de marginalidad y de mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud?	
Intersectorialidad	¿La solución a esta problemática implica la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios de los actores del sector salud y de otros sectores públicos, privados y organizaciones sociales?	
Gobernanza	¿La problemática requiere de la integración de acciones para la gestión de la salud por parte de la sociedad civil y de la autoridad sanitaria para contribuir al goce efectivo del derecho a la salud?	

Fuente: elaboración propia





## Anexo 10. Preguntas orientadoras.

Tabla 1. Preguntas orientadoras de línea de acción de Aseguramiento

Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
1. Desarrollar actividades para garantizar la cobertura universal del sistema de salud en el territorio.	¿Cuál es la tasa de aseguramiento en su territorio? ¿Se cumplen estas actividades que han propuesto para garantizar la cobertura universal del sistema de salud en el territorio?	¿Hay programadas en su territorio actividades dirigidas a garantizar la cobertura universal del sistema de salud?
2. Desarrollar estrategias para garantizar la afiliación de poblaciones, en especial la población vulnerable. E	¿Se cumplen dichas actividades o estrategias? ¿Ha aumentado o se ha mantenido el porcentaje de población vulnerable no afiliada en su territorio con respecto a las metas propuestas en su planeación?	¿Cuenta el territorio con un sistema para identificar población vulnerable no afiliada? ¿Se están desarrollando actividades o estrategias que permitan garantizar su afiliación? ¿Cuáles son las estrategias que identifica en su territorio para alcanzar tal fin? (decreto 064 de 2020)
3. Eliminar las barreras administrativas para el acceso al sistema de salud, mediante el desarrollo de mecanismos eficaces para la identificación plena de las personas, la	¿Qué barreras se han identificado? ¿Las barreras identificadas se relacionan con la identificación plena de las personas, la afiliación oportuna al sistema de salud y las	¿Se ha realizado un diagnóstico de las barreras administrativas para el acceso al sistema de salud? ¿Se han identificado barreras administrativas



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
afiliación oportuna al sistema de salud y las novedades asociadas con ella y el trámite oportuno de los procedimientos administrativos asociados a la atención, en especial las autorizaciones, teniendo en cuenta las características del territorio.	novedades asociadas con ella o el trámite oportuno de los procedimientos administrativos asociados a la atención, en especial las autorizaciones?	para el acceso al sistema? ¿Las barreras identificadas se relacionan con la identificación plena de las personas, la afiliación oportuna al sistema de salud y las novedades asociadas con ella o el trámite oportuno de los procedimientos administrativos asociados a la atención, en especial las autorizaciones? ¿Se han planeado estrategias dirigidas a superar, corregir o eliminar barreras administrativas para el acceso al sistema de salud? ¿Se cumplen dichas estrategias?
4. Fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud en el territorio, en especial aquellas dirigidas al acceso y calidad de los servicios de salud y la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios.	¿Se genera información útil en la planeación de actividades para mejorar la calidad de la atención?	¿Cuentan con estrategias que permitan fortalecer dicho monitoreo? ¿Cuenta el territorio con sistemas de monitoreo y seguimiento del sistema de salud respecto a acceso y calidad de los servicios de salud o la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios?



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
5. Garantizar la integralidad de la red de prestación de servicios de salud.	<p>¿Existen problemas de integralidad en la prestación de servicios en el territorio?</p> <p>¿Se han identificado los problemas que afectan la integralidad de la prestación de servicios de salud?</p>	<p>¿Existen problemas de integralidad?</p> <p>¿Se han diseñado estrategias conjuntas con EPS, IPS para mejorar los problemas encontrados?</p>
6. Garantizar la suscripción y liquidación oportuna de los contratos entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de Salud.	<p>¿Tienen en el territorio un sistema o proceso que permita identificar fallas en la liquidación oportuna de los contratos entre responsables del pago y red de prestadores de servicios de salud?</p> <p>¿Se han identificado estos problemas en el territorio?</p> <p>¿Están los actores clave y responsables de ambas comprometidos con estas actividades?</p> <p>¿Se cumplen dichas actividades?</p>	<p>¿Se han diseñado actividades o estrategias para garantizar la suscripción y liquidación oportuna?</p>



**Tabla 2. Preguntas orientadoras de línea de acción de Salud Publica**

Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
<p>1. Definir, organizar y coordinar la participación de los actores del sector salud, otros sectores y la comunidad, en el proceso de planeación integral en salud, garantizando la alineación del Plan Territorial de Salud a las prioridades de salud de la población y el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública vigente.</p>	<p>¿Reconoce e implementa los principios de la Política de Participación Social en Salud como orientaciones ético-políticas y operativas para todos los actores e instancias que desarrollan proceso de participación social en salud?</p> <p>¿Fortalece la capacidad institucional para garantizar el derecho a la participación social en salud?</p> <p>¿Fortalece la capacidad ciudadana y los recursos de poder para que la ciudadanía intervenga, incida y decida en la formulación de políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste? ¿Acompaña técnicamente a los ciudadanos, las organizaciones, las instituciones prestadoras de servicios de salud y el talento humano sectorial e intersectorial para promover la</p>	<p>¿Se han asignado roles, actividades y responsabilidades a cada sector identificado en el territorio? ¿Se cuenta con espacios definidos de participación para la identificación de problemas entre todos los actores relevantes? ¿Se cuenta con espacios de planificación conjunta de estrategias intersectoriales para el mantenimiento de la salud, prevención y promoción? ¿Se cuenta con espacios de socialización de las decisiones, planes, estrategias a los sectores de salud, otros sectores y la comunidad?</p>



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	<p>participación social en salud?</p> <p>¿Promueve la participación social para impulsar y difundir la cultura de la salud y el auto -cuidado y el derecho a la salud de los ciudadanos?</p> <p>¿Adopta estrategias y mecanismos de comunicación para proveer información pertinente sobre el Sistema de Salud a la ciudadanía?</p> <p>¿Incentiva el ejercicio de control social a través de la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios?</p> <p>¿Promueve los procesos de gestión y garantía en salud, y la participación en la presupuestación participativa en salud?</p> <p>¿Se cuenta con un proceso definido para la formulación participativa del PTS?</p>	
2. Definir, implementar y evaluar políticas públicas sectoriales e intersectoriales y	¿Se ha identificado los problemas de salud relacionados con determinantes sociales en el	¿Se ha trabajado con los sectores salud, comunidad y otros en el plan de acciones y



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
acciones desarrolladas por todos los sectores y las organizaciones sociales o comunitarias sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud y su incidencia en los resultados en salud, en la reducción de inequidades y en las metas sectoriales e intersectoriales.	territorio? ¿Se reconocen los determinantes sociales que más afectan la salud en el territorio? ¿Se han trazado metas e indicadores que permitan reconocer si se ha cumplido el objetivo con las acciones y políticas frente a la salud de la población en el territorio?	políticas que tengan como objetivo mejorar la salud en el territorio? ¿Se han diseñado planes de implementación de estas acciones y políticas en el territorio? ¿Se cuenta con mecanismos de evaluación y seguimiento de la implementación de las acciones y políticas en el territorio? ¿Han participado en este diseño, implementación y medición los sectores salud y otros sectores?
3. Adoptar, adaptar, implementar y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud de manera articulada con los demás integrantes del sistema de salud que operan en el territorio.	¿Se cuenta con RIAS para los problemas de salud priorizados en el territorio? ¿Se han identificado los actores clave en la adopción de las RIAS en los servicios de salud locales? ¿Se cuenta con un programa de realización, financiamiento y priorización de las RIAS a realizar en el territorio? ¿Se cuenta con indicadores para evaluar la	¿Se cuenta con actividades que promuevan la implementación de RIAS en todos los actores del servicio de salud en el territorio? ¿Son estas actividades exitosas para presentar el contenido de las RIAS y lograr su implementación en todos los actores del proceso de atención?



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	implementación, cumplimiento, aceptabilidad, cobertura y otros resultados de la implementación de RIAS en el territorio?	
4. Ejecutar las acciones de gestión de la salud pública de manera oportuna.	¿Se ha definido de forma clara un sistema de identificación, gestión y respuesta a los problemas de salud pública identificados en el territorio?  ¿Se cuentan con metas, indicadores de tiempo, oportunidad que permitan evaluar si las acciones se realizan de manera oportuna? ¿Se han presentado resultados no deseados en la población relacionados con acciones y gestión no oportuna de los problemas de salud identificados?	
5. Garantizar la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas, sobre la base de los principios de continuidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad y adaptabilidad, en los términos	¿Identifica las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud, las tensiones, metas e indicadores y las RIAS, para definir las intervenciones colectivas más apropiadas que se plasmarán en el Plan de Acción en Salud	¿Define mecanismos de articulación que se requieran para ejecutar las intervenciones colectivas, de manera efectiva, conjunta, concertada, complementaria y coordinada con las demás instituciones del sector salud, con



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
previstos en la normativa dispuesta en la materia.	<p>PAS?</p> <p>¿Define mecanismos de articulación que se requieran para ejecutar las intervenciones colectivas, de manera efectiva, conjunta, concertada, complementaria y coordinada con las demás instituciones del sector salud, con otros sectores y con organizaciones comunitarias y los otros planes de beneficios?</p> <p>¿Realiza la adecuación técnica y cultural de las estrategias e intervenciones del PIC a ejecutar con grupos étnicos; esto incluye, entre otros, el reconocimiento e inclusión en el PIC de acciones propias de los pueblos indígenas que se enmarquen en los procedimientos, intervenciones y actividades del PIC?</p> <p>¿Elabora el lineamiento operativo para la implementación de las intervenciones, procedimientos y actividades y contendrá como mínimo: el nombre de la estrategia; la</p>	<p>otros sectores y con organizaciones comunitarias y los otros planes de beneficios?</p> <p>¿Realiza la adecuación técnica y cultural de las estrategias e intervenciones del PIC a ejecutar con grupos étnicos; esto incluye, entre otros, el reconocimiento e inclusión en el PIC de acciones propias de los pueblos indígenas que se enmarquen en los procedimientos, intervenciones y actividades del PIC?</p> <p>¿Elabora el lineamiento operativo para la implementación de las intervenciones, procedimientos y actividades?</p>





Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	<p>intervención; el costo; la población sujeto; el lugar de ejecución; la cantidad a ejecutar y trimestre; las orientaciones o especificaciones técnicas para la ejecución de las mismas; el indicador (es) de producto y resultado; criterios y soportes requeridos para la auditoria y evaluación técnica, administrativa y financiera?</p> <p>¿Contrata de manera oportuna la ejecución de las intervenciones colectivas, teniendo en cuenta las disposiciones que sobre la materia están definidos en la normatividad vigente?</p> <p>¿Se realiza oportunamente esta contratación? (antes de finalizar el primer trimestre de cada año)</p> <p>¿Realiza el seguimiento y auditoria a la ejecución del PIC conforme al lineamiento operativo y según lo pactado contractualmente?</p> <p>¿Evalúa el PIC mediante la determinación y</p>	



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	socialización de los resultados de las intervenciones colectivas ejecutadas y la calidad de las mismas?	
6. Realizar el seguimiento y evaluación de los resultados esperados en salud en las personas, familias y comunidades, la prestación de las atenciones individuales y colectivas y la gestión de la salud pública de los actores del sistema de salud.	<p>¿Se cuenta en el territorio con sistemas de información que permitan hacer seguimiento de los resultados en salud en la población del territorio?</p> <p>¿Se han definido metas u objetivos frente a resultados deseables en salud en la población?</p> <p>¿Se han creado indicadores para definir si se cumplen las metas u objetivos deseables para la salud de la población?</p> <p>¿Se han detectado falta del cumplimiento de las metas u objetivos de salud deseables en la población?</p> <p>¿Se cuenta en el territorio con sistemas de información que permitan hacer seguimiento de la prestación de atención en salud en la</p>	



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	<p>población del territorio?</p> <p>¿Se han definido metas u objetivos frente a prestación en salud, deseables en salud en la población?</p> <p>¿Se han creado indicadores para definir si se cumplen las metas u objetivos deseables para la prestación en salud de la población?</p> <p>¿Se ha detectado falta del cumplimiento de las metas u objetivos de la prestación de salud deseables en la población?</p>	
<p>7. Formular e implementar proyectos de inversión que incluyan intervenciones costo-efectivas y complementarias dirigidas a las personas, familias y comunidades, que contribuyan a impactar en las prioridades poblacionales y territoriales identificadas en el Análisis de Situación en Salud.</p>	<p>¿Se cuenta con un sistema para realizar y priorizar proyectos de inversión que contribuyan a impactar en las prioridades poblacionales y territoriales identificadas en el Análisis de Situación en Salud?</p> <p>¿Se realiza la priorización de estos proyectos con información que garantice el costo-efectividad de las intervenciones propuestas?</p> <p>¿Participan el sector salud, la comunidad y los</p>	<p>¿Qué actores intersectoriales contribuyen para priorizar proyectos que garanticen el costo-efectividad de las intervenciones?</p> <p>¿Participan el sector salud, la comunidad y los otros sectores en la planeación y priorización de estos proyectos?</p>



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	<p>otros sectores en la planeación y priorización de estos proyectos?</p> <p>¿Se están implementando en la población y comunidad con mayores problemas de salud estos proyectos de inversión?</p>	
<p>8. Diseñar, implementar y evaluar el plan de desarrollo de capacidades funcionales y técnicas dirigido a los integrantes del sistema de salud, a fin de fortalecer las competencias para la gestión de la salud pública y la operación de las intervenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades.</p>	<p>¿Se ha realizado diagnóstico y priorización de necesidades para el desarrollo de capacidades, habilidades, actitudes, aptitudes, conocimientos del Talento Humano en salud y de las organizaciones del Sistema de Salud, reconociendo la experiencia y capacidad local (necesidades, oportunidades, fortalezas y debilidades)?.</p> <p>¿Se han identificado estrategias para desarrollar capacidades específicas para el territorio y significativas para sus actores?</p> <p>¿En este proceso se ha empoderado, fortalecido y aprovechado los recursos y capacidades ya presentes en el territorio (bien</p>	<p>¿Se ha buscado generar procesos y transformaciones sostenibles al interior de las instituciones, las familias y las comunidades?</p> <p>¿La ejecución de este proceso reconoce las capacidades funcionales o transversales y las capacidades técnicas?</p>



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	<p>sea en las instituciones, las personas, familias, comunidades, entre otros)?.</p> <p>¿La ejecución de este proceso reconoce las capacidades funcionales o transversales y las capacidades técnicas?</p> <p>¿Este proceso se ha centrado en desarrollar o fortalecer las capacidades del talento humano así como las capacidades de las organizaciones?</p> <p>¿Se incluye en el plan de desarrollo de capacidades la identificación, análisis, ajuste o creación de los procesos, políticas o arreglos institucionales que sean necesarios para garantizar el fortalecimiento de las capacidades a nivel individual y organizacional y la sostenibilidad de las mismas?</p> <p>¿Se incluye en el plan para el desarrollo de capacidades iniciativas de corto, mediano y largo plazo?</p>	



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	¿Se han definido indicadores de capacidades desarrolladas que permitan monitorear y evaluar el avance del proceso?	
9. Diseñar e implementar procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad de la información en términos de exactitud, coherencia, integralidad, oportunidad y consistencia, relacionada con los eventos de interés en salud pública y con las atenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que contribuyen a los resultados en salud.	¿Se realizan evaluaciones o auditoría periódicas de las fuentes de información que posee el territorio sobre problemas de salud pública: acceso, atención, resultados en salud, tratamiento o rehabilitación? ¿Se cumplen con los cronogramas propuestos para la evaluación de las fuentes de información? ¿Se cuenta con un programa de mejoramiento de la calidad de la información sobre los principales resultados de salud de la población? ¿Se realizan análisis de los resultados de las evaluaciones de fuentes de información con el fin de reconocer las causas de las fallas y oportunidades de mejora?	¿Se proponen las estrategias de mejora en conjunto con otros actores del sistema de salud del territorio? ¿Son implementadas y seguidas en el tiempo las estrategias para mejora de la calidad de la información sobre resultados de salud en la población?



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
10. Fortalecer la atención integral articulando las acciones de salud pública con las de atención individual en el territorio.	¿Existen brechas entre las estrategias de salud pública y la salud individual en los territorios?	<p>¿Se han diseñado acciones para el fortalecimiento de la articulación entre estas estrategias?</p> <p>¿Se ha trabajado de forma intersectorial en el desarrollo de estas acciones?</p> <p>¿Son las acciones diseñadas implementadas en el territorio?</p>



**Tabla 3. Preguntas orientadoras de línea de acción de Prestación de Servicios**

Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
1. Implementar mecanismos, instrumentos o metodologías para la actualización, verificación y análisis de disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud que incluya la estimación del diferencial entre la disponibilidad y lo requerido en talento humano, recursos financieros y físicos para la atención de la población, teniendo en cuenta la situación de salud y los ámbitos territoriales.	<p>¿Se han identificado diferencias en la disponibilidad y lo requerido en talento humano, recursos financieros y físicos para la atención de la población (necesidad versus disponibilidad)?</p> <p>¿Existen estrategias desde el territorio, dirigidas a mejorar los procesos o sistemas de verificación de suficiencia de los servicios de salud?</p> <p>¿Son implementadas estas estrategias?</p> <p>¿Existe un trabajo intersectorial para fortalecer esta verificación y análisis?</p>	<p>¿Se dispone en el territorio de un sistema o proceso que permita identificar, verificar y analizar la disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud en el territorio?</p> <p>¿Existen estrategias desde el territorio, dirigidas a mejorar los procesos o sistemas de verificación de suficiencia de los servicios de salud?</p>
2. Implementar las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas y su seguimiento permanente en términos de disponibilidad, suficiencia y	<p>¿Se han identificado limitaciones en la implementación de RIPSS habilitadas en el territorio?</p> <p>¿Cuáles son las limitaciones presentadas?</p> <p>¿Qué actividades han realizado en el territorio</p>	<p>¿Cuenta con estrategias de seguimiento a la implementación de RIPSS en su territorio?</p> <p>¿Son estas estrategias realizadas de manera periódica?</p>





Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
completitud para la atención de salud en la población.	para solucionar estas limitaciones identificadas? ¿Considera que esta(s) actividad(es) han ayudado a solventar dichas limitaciones?	¿Se derivan planes de mejora a partir del seguimiento a esta implementación?
3. Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el territorio.	¿Se cuenta con estrategias o acciones para fortalecer el SOGC? ¿Cuenta con estrategias de seguimiento para las actividades de fortalecimiento del SOGC en su territorio? ¿Son estas estrategias realizadas de manera periódica?	¿Se derivan planes de mejora a partir del seguimiento a esta implementación de las estrategias para fortalecer el SOGC? ¿Qué actividades han realizado en el territorio para solucionar estas limitaciones identificadas? ¿Considera que esta(s) actividad(es) han ayudado a solventar dichas limitaciones?
4. Garantizar la consistencia entre las prioridades en salud, los requerimientos y las acciones en los diferentes instrumentos de planeación y gestión de la prestación de servicios, que garanticen la integralidad de la atención en salud.	¿Se han identificado dificultades para lograr la integralidad en la atención en salud? ¿Se ha generado estrategias desde el territorio para solucionar estas inconsistencias identificadas? ¿Son implementadas estas estrategias? ¿Las estrategias implementadas en el territorio	¿Se dispone en el territorio de un sistema o proceso que permita identificar, verificar y analizar las inconsistencias existen entre prioridades, requerimientos y acciones en los diferentes instrumentos de planeación y gestión de la prestación de servicios?



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	han ayudado a mejorar la integralidad en la atención en salud?	
5. Definir procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la información, comunicación y transporte de personas, entre la red de servicios conformadas por los aseguradores y las entidades departamentales y distritales de la salud, principalmente en los ámbitos territoriales rurales dispersos.	¿Cuentan en el territorio con procesos, procedimientos y mecanismos para la información, comunicación y transporte de personas entre aseguradores y prestadores, principalmente en zona rural dispersa? ¿Cuenta con estrategias de seguimiento para las actividades realizadas entre aseguradores y prestadores principalmente en la zona rural dispersa de su territorio? ¿Son estas estrategias realizadas de manera periódica?	¿Se derivan planes de mejora a partir del seguimiento de estas actividades? ¿Qué actividades han realizado en el territorio para solucionar las limitaciones identificadas en el seguimiento? ¿Considera que esta(s) actividad(es) han ayudado a solventar dichas limitaciones?
6. Garantizar adecuadas coberturas de los servicios promocionales y preventivos en el territorio, tanto individuales como colectivas.	¿Hay programadas en su territorio actividades dirigidas a garantizar la cobertura de servicios promocionales y preventivos? ¿Existe seguimiento periódico a las actividades implementadas?	¿Se cumplen estas actividades que han propuesto para garantizar la cobertura en servicios promocionales y preventivos?



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
7. Mejorar infraestructura y dotación de los prestadores de servicios de salud en el territorio.	<p>¿Se reconocen en el territorio deficiencias en la infraestructura y dotación de los prestadores de servicios de salud?</p> <p>¿Son implementadas estas actividades o estrategias para mejorar la infraestructura o dotación?</p> <p>¿Se realiza seguimiento periódico a las actividades o estrategias implementadas y a las mejoras alcanzadas?</p>	<p>¿Qué actividades o estrategias se han identificado en el territorio para mejorar la infraestructura y dotación?</p>
8. Fortalecer los servicios extramurales e incorporar tecnologías de atención en sitio garantizando su resolutiveidad.	<p>¿Existe en el territorio brechas en cuanto a resolutiveidad en la atención de salud?</p> <p>¿Se ha logrado mejorar la resolutiveidad al incrementar los servicios extramurales e incorporar tecnologías de atención en sitio?</p>	<p>¿Cuenta el territorio con servicios extramurales y tecnologías de atención en sitio?</p> <p>¿Se han desarrollado estrategias o acciones para incrementar los servicios extramurales y tecnologías de atención en sitio?</p> <p>¿Se han implementado estas estrategias o acciones?</p>
9. Fortalecer los Sistemas de Información de Salud promoviendo la interoperabilidad	<p>¿Se reconocen en el territorio brechas entre los sistemas de información de salud existentes?</p>	<p>¿Se han diseñado acciones para el fortalecimiento de la interoperabilidad de los sistemas de información?</p>



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
de los mismos y su operación en línea y en tiempo real.	¿Se ha mejorado la interoperabilidad y operación en línea o tiempo real los sistemas de información?	¿Se ha trabajado de forma intersectorial en el desarrollo de estas acciones? ¿Son las acciones diseñadas implementadas en el territorio?
10. Fortalecer actividades de telesalud y la modalidad de telemedicina, aprovechando todas las fuentes de datos y las tecnologías digitales.	¿Cuenta el territorio con actividades de telesalud y modalidad de medicina? ¿Se han desarrollado estrategias o actividades para mejorar o incrementar las actividades de telesalud o modalidad de telemedicina? ¿Se han implementado estas estrategias o actividades utilizando todas las fuentes de datos y tecnologías digitales?	¿Se realiza seguimiento periódico de las estrategias o acciones implementadas? ¿Se han identificado limitaciones para implementar las estrategias o acciones? ¿Se ha detectado la necesidad de participación intersectorial para implementar las actividades o estrategias?
11. Promover la demanda inducida a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	¿Se han planeado estrategias dirigidas a incrementar o mejorar las actividades de promoción y prevención? ¿Se han realizado acciones para optimizar la demanda inducida en el territorio?	¿Se cumplen dichas estrategias? ¿Se lleva a cabo seguimiento periódico y mediante indicadores de las actividades realizadas?



La salud  
es de todos

Minsalud



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®



**Tabla 4. Preguntas orientadoras de línea de acción de Talento Humano**

Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
1. Desarrollar o fortalecer la capacidad para la planeación y gestión del talento humano en salud en las entidades territoriales, acorde al análisis de situación en salud de la población y las prioridades de los departamentos, distritos y municipios.	<p>¿Responden los requerimientos y gestión del talento humano en salud del territorio a las necesidades y prioridades de salud en la población?</p> <p>¿Las estrategias diseñadas para el desarrollo y fortalecimiento de la gestión del talento humano, se cumplen de acuerdo a lo establecido en los planes locales?</p>	<p>¿Se cuenta con estrategias o acciones dirigidas a mejorar o desarrollar la capacidad de planeación y gestión del talento humano en salud?</p>
2. Fortalecer la formación territorial de nuevo talento humano en salud para mejorar la suficiencia, disponibilidad y capacidad resolutive, particularmente en el componente primario.	<p>¿Han sido suficientes estas actividades?</p> <p>¿Se encuentran encaminadas dentro del proceso de mejoramiento institucional?</p>	<p>¿Existen actividades encaminadas a fortalecer la formación del THS particularmente en el componente primario?</p>
3. Fortalecer las competencias y capacidad resolutive del talento humano ya disponible, para la implementación efectiva de la plataforma estratégica de la Política de	<p>¿Se realizan actividades encaminadas a fortalecer las competencias y capacidad resolutive del talento humano ya disponible, para la implementación efectiva de la</p>	<p>¿Estas actividades han sido suficientes para fortalecer dichas competencias?</p>



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
<p>Atención Integral en Salud, centrada en las personas, familias y comunidades, respondiendo a las necesidades en salud de la población, y reconociendo sus potencialidades, a través de actividades de formación en trabajo conjunto con las instituciones formadoras de talento humano en salud. Esto incluye el desarrollo de actividades de formación y trabajo colaborativo en los escenarios de atención a través de la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP), reconociendo a las personas como sujetos de saberes y derechos.</p>	<p>plataforma estratégica de la Política de Atención Integral en Salud?</p> <p>¿Estas actividades incluyen el desarrollo de actividades de formación y trabajo colaborativo en los escenarios de atención a través de la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP), reconociendo a las personas como sujetos de saberes y derechos?</p>	
<p>4. Fortalecer el servicio social obligatorio generando incentivos y acuerdos territoriales para la reubicación y la creación de nuevas plazas en lugares de mayor necesidad de ser requerido.</p>	<p>¿Se cuenta en el territorio con acciones encaminadas al mejoramiento de incentivos y acuerdos para lograr fortalecer el servicio social obligatorio?</p> <p>¿Estas acciones incluyen estrategias para la</p>	<p>¿Se lleva a cabo seguimiento periódico a las acciones implementadas?</p> <p>¿Estas acciones han generado impacto en la creación de nuevas plazas o reubicación de las existentes?</p>



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
	apertura de nuevos lugares donde exista la necesidad?	
5. Gestionar, organizar y poner en operación los diferentes perfiles en equipos multidisciplinarios para la salud, particularmente en el componente primario, incluyendo la vinculación de agentes comunitarios, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas.	¿Existen estrategias de gestión que ponen en operación los diferentes perfiles en equipos multidisciplinarios para la salud, particularmente en el componente primario?	¿Son suficientes estas estrategias que incluyen la vinculación de agentes comunitarios, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas? ¿Se realiza seguimiento periódico que permite la mejora de las actividades a desarrollar para lograr la operación de equipos multidisciplinarios?
6. Diseñar incentivos efectivos orientados a la gestión por competencias, dignificación del talento humano en salud y cierre de brechas en cuanto a suficiencia, distribución y calidad del personal de salud.	¿Se cuenta con estrategias que incrementen los incentivos positivos orientados a la dignificación del THS?	¿Estas estrategias permiten el cierre de brechas en cuanto a suficiencia, distribución y calidad del personal de salud?
7. Fortalecer los procesos de investigación y gestión territorial de la información y el conocimiento del talento humano en salud.	¿Cuentan con procesos de investigación y gestión territorial de la información y el conocimiento del talento humano en salud?	¿Se han fortalecido estos procesos de investigación y gestión territorial de la información y el conocimiento del talento





Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
		humano en salud con las acciones de mejoramiento? ¿Son suficientes las acciones implementadas o existen brechas?

**Tabla 5 Preguntas orientadoras de línea de acción de Financiamiento**

Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
1. Generar capacidad y eficiencia en los procesos presupuestales en las Entidades Territoriales a través de la articulación de las secretarías territoriales de salud y de hacienda o de quienes hagan sus veces, para que la gestión administrativa y financiera de los recursos esté alineada con las prioridades en salud del territorio y armonizados con los demás instrumentos de planeación territorial.	¿Hay actividades que podrían generar eficiencia presupuestal en las entidades territoriales de salud y hacienda en cada Departamento/Distrito/Municipio de Colombia?	¿Existe trabajo intersectorial entre las secretarías de salud y hacienda para generar eficiencia presupuestal de las ET?



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
2. Mejorar los instrumentos de identificación de las fuentes destinadas al sector salud, su presupuestación, ejecución y seguimiento, atendiendo necesidades priorizadas del territorio.	¿Cuenta con instrumentos de identificación de las fuentes destinadas al sector salud, su presupuestación, ejecución y seguimiento, atendiendo necesidades priorizadas del territorio?	¿Se han implementado mejoras a los instrumentos existentes para identificar fuentes destinadas al sector salud, su presupuestación, ejecución y seguimiento, atendiendo necesidades priorizadas del territorio?
3. Gestionar los recursos adicionales a los ya provistos por el sistema de salud, para el desarrollo de intervenciones que resultan indispensables para el logro de los resultados en salud.	El desarrollo de intervenciones indispensables para el logro de los resultados en salud ¿se ha visto afectado por falta de recursos adicionales a los ya provistos por el sistema de salud?	¿Se han realizado estrategias que permitan garantizar el acceso a recursos adicionales a los ya provistos por el sistema de salud?

**Tabla 6. Preguntas orientadoras de línea de acción de Enfoque Diferencial**

Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
1. Adaptar las atenciones en salud y las formas de prestación de los servicios en condiciones de disponibilidad, aceptabilidad	¿Cuenta el territorio con planes que permitan adaptar la atención en salud y prestación de los servicios de salud a población y colectivos	¿Son estos planes implementados evaluados de manera periódica?



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
y calidad, mediante la adecuación sociocultural de los servicios dirigidos a personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad.	en situación de vulnerabilidad? ¿Se cuenta con un diagnóstico de las brechas en atención en salud y prestación de servicios a población vulnerable en el territorio?	
2. Desarrollar procesos participativos y sistemáticos de armonización entre la oferta institucional y las necesidades, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones.	¿Existen procesos participativos que permitan la armonización de la oferta institucional y las necesidades, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones? ¿Existen limitaciones en la implementación de procesos participativos y sistemáticos que fortalecerían la armonización entre la oferta institucional y las necesidades de las diversas poblaciones? ¿Considera que estas estrategias han ayudado a solventar estas limitaciones?	¿Qué estrategias han realizado en el territorio para solucionar estas limitaciones identificadas?
3. Realizar adecuaciones técnicas en los procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos y herramientas,	¿Cuenta el territorio con guías, procedimientos, protocolos o procesos diseñados de forma diferencial para responder	¿Se promueven las adecuaciones técnicas a los documentos existentes para guiar los procesos de atención en salud para que se



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
para el fortalecimiento territorial que responda a las prioridades en salud de los individuos y colectivos en condiciones de vulnerabilidad, la cultura y los sistemas médicos tradicionales o ancestrales, en coherencia con los contextos geográficos, demográficos y sociales en que habitan.	a las prioridades en salud de los individuos y colectivos en condiciones de vulnerabilidad?	incluya el enfoque diferencial a poblaciones y colectivos vulnerables?
4. Fortalecer la implementación del enfoque diferencial en el desarrollo del talento humano en salud, y la formación continua en el territorio para la atención integral de grupos étnicos, niñas, niños y adolescentes, mujeres, personas adultas mayores, población en condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado, y otros grupos con condiciones especiales, promoviendo la incorporación de las medicinas y terapias alternativas y complementarias en las acciones de	¿Existen programas específicos de capacitación o formación al talento humano en salud en enfoque diferencial en los procesos de atención a población y colectivos vulnerables?	¿Se generan acciones de capacitación continua u otras estrategias dirigidas a concientizar al talento humano en salud respecto de inequidades en salud y cómo superar las mismas?



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
cuidado primario, así como la capacidades técnicas, estructurales y de comunicación, estableciendo relaciones horizontales que promuevan la igualdad frente al derecho a la salud.		
5. Concentración de planes de formación que integren la aplicación del enfoque diferencial en los procesos académicos, así como en la gestión y la vinculación laboral del talento humano en salud.	¿Existen programas específicos de capacitación o formación al talento humano en salud en enfoque diferencial en los procesos de atención, a población y colectivos vulnerables?	¿Se generan acciones de capacitación continua u otras estrategias dirigidas a concientizar al talento humano en salud respecto de inequidades en salud y cómo superar las mismas?
6. Fortalecer la disponibilidad de información y evidencia de la atención en salud diferencial de las personas y colectivos.	¿Se cuenta con análisis de información en los territorios, que dé razón de la atención diferencial? ¿Se cuentan con fuentes confiables para acceder a esta información?	¿Se cuenta con recursos disponibles para recoger y analizar la información? ¿Existen cronogramas de revisión y análisis?



**Tabla 7. Preguntas orientadoras de línea de acción de Intersectorialidad**

Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
1. Desarrollar e implementar mecanismos de coordinación que permitan la gestión intersectorial para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes, programas, estrategias, alianzas y agendas, garantizando respuestas integrales que potencian acciones y recursos para el cumplimiento de las metas y los resultados.	¿Cuenta con respuestas integrales que garanticen y potencien acciones y recursos para el cumplimiento de las metas y los resultados en salud?	¿Sus mecanismos de coordinación permiten la gestión intersectorial para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes, programas, estrategias, alianzas y agendas?
2. Generar mecanismos para incidir técnica y políticamente en la agenda de otros sectores, a fin de generar una acción intersectorial que aborde los temas transversales y objetivos comunes identificados.	¿En la actualidad puede generar acciones intersectoriales que aborden temas transversales y objetivos comunes identificados?	¿Cuáles son los mecanismos para incidir técnica y políticamente en la agenda de otros sectores, a fin de generar una acción intersectorial que aborde los temas transversales y objetivos comunes identificados?
3. Establecer acuerdos y procedimientos con los demás integrantes del sistema de salud y de otros sectores si fuera	¿Se canaliza de forma efectiva la población desde los servicios de salud a los servicios sociales?	¿Su territorio tiene establecido acuerdos y procedimientos con los demás integrantes del sistema de salud y de otros sectores para



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
pertinente, para la canalización efectiva de la población desde los servicios de salud a los servicios sociales que se requieren, para optimizar los resultados en salud.		llevar a la población de servicios de salud a servicios sociales?
4. Definir y desarrollar objetivos comunes que permitan articular las acciones al interior del sector salud, de cada sector, entre sectores y entre lo institucional y social, incluida la comunidad.	¿ Cuenta con estrategias para realizar trabajo conjunto con otros sectores y la comunidad: desde la formulación de objetivos hasta la evaluación de resultados? ¿ Los objetivos propuestos para la solución de problemáticas en salud?	¿ Las estrategias planteadas para hacer planeación de acciones con otros sectores y con la comunidad han permitido un trabajo efectivo?
5. Generar mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas, de cooperación e integración y potenciar los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado (departamental, distrital y municipal) alrededor de los objetivos comunes pactados, con el fin de superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y mejorar la eficiencia de las intervenciones.	¿ Existen en su territorio mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas de cooperación e integración para potenciar los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado alrededor de los objetivos comunes?	¿ Los mecanismos de coordinación le ayudan a superar la duplicidad y articular acciones para mejorar la eficiencia de las intervenciones?



**Tabla 8. Preguntas orientadoras de línea de acción de Gobernanza**

<b>Acción</b>	<b>Preguntas de resultado</b>	<b>Preguntas de Proceso</b>
1. Realizar consensos y procesos de toma de decisiones participativos en salud.	¿En la toma de decisiones en salud, se cuenta con la participación de sociedad civil y otros actores en salud y en otros sectores?	¿Cuenta el territorio con procesos que permitan la participación de la comunidad y otros sectores en las decisiones de salud? ¿Son estos procesos difundidos y socializados para que se conozcan por las partes interesadas?
2. Fortalecer la autoridad sanitaria local en relación con las capacidades necesarias para liderar desde la función rectora políticas, planes, programas y proyectos en pro de la salud de la población de su territorio, la adherencia a las normas, el uso de estrategias e iniciativas apropiadas.	¿La autoridad sanitaria de su territorio cuenta con las capacidades necesarias para liderar políticas, planes, programas y proyectos en pro de la salud de la población? ¿Se tiene adherencia a las normas, el uso de estrategias e iniciativas generadas por la autoridad sanitaria?	¿Se emplea algún mecanismo para fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria en su territorio?
3. Desarrollar e implementar mecanismos de socialización y apropiación de las competencias, roles y funciones de las	¿En su territorio cuentan con el desarrollo de mecanismos de socialización y apropiación de las competencias, roles y funciones de las	¿Se realiza seguimiento y evaluación a los mecanismos de socialización y apropiación de las competencias, roles y funciones de las Entidades Territoriales de Salud y demás





Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
Entidades Territoriales de Salud y demás integrantes del sistema de salud.	Entidades Territoriales de Salud y demás integrantes del sistema de salud?	integrantes del sistema de salud? ¿Estos mecanismos requieren algún proceso de mejora para que la socialización y apropiación sean más efectivas?
4. Realizar monitoreo y seguimiento de las acciones derivadas de las líneas de acción definidas en el MAITE.	¿Qué acciones de monitoreo y seguimiento tiene su territorio para las acciones derivadas de las líneas de acción definidas en el MAITE?	¿Se requieren cambios o ajustes a las acciones de monitoreo y seguimiento de las líneas definidas en el MAITE?
5. Fortalecer los sistemas de información para que sean interoperables.	¿Los sistemas de información en su territorio son interoperables? ¿Qué mecanismos tecnológicos ha implementado su territorio para fortalecer los sistemas de información en su interoperabilidad?	¿Cuáles aspectos de los mecanismos de información deben modificarse para garantizar la interoperabilidad?
6. Disponer mecanismos para la rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud.	¿Cuáles son los mecanismos para la rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud?	



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
7. Fortalecer los procesos participativos sociales y comunitarios.	<p>¿Siempre que se requiere se garantiza el desarrollo de procesos con participación comunitaria?</p> <p>¿Se dispone de metodologías para garantizar el desarrollo de procesos participativos sociales y comunitarios?</p>	<p>¿Se requieren recursos, formación, logística para garantizar la participación social o comunitaria en los procesos que lo requieren?</p>
8. Realizar seguimiento y evaluación de las políticas institucionales, mecanismos, instancias o estrategias de participación social, comunitaria y ciudadana.	<p>¿Se realiza el seguimiento y evaluación de las políticas institucionales, mecanismos, instancias o estrategias de participación social, comunitaria y ciudadana?</p>	<p>¿Cuál es el mecanismo que utiliza su territorio para realizar el seguimiento y evaluación de las políticas institucionales, mecanismos, instancias o estrategias de participación social, comunitaria y ciudadana?</p>
9. Disponer mecanismos para la rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud.	<p>¿Qué nivel de cumplimiento y adherencia se tiene a los mecanismos de rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud?</p>	<p>¿Cuáles son los mecanismos existentes para la rendición de cuentas y control de la gestión territorial e institucional en salud?</p>
10. Fortalecer la capacidad de respuesta frente a órdenes judiciales.	<p>¿Se tiene un proceso claro y establecido para responder de manera oportuna y con criterio las órdenes judiciales?</p>	<p>¿Su territorio cuenta con la capacidad para responder de manera oportuna y con criterio</p>



Acción	Preguntas de resultado	Preguntas de Proceso
		las órdenes judiciales? ¿Cómo se puede fortalecer esta capacidad?



## Anexo 11. Validación de criterio

### Herramienta de priorización

Criterio	Problema 1	Problema 2	Problema 3
Magnitud	5	1	3
Cronicidad	3	1	4
Tendencia	5	4	3
Impacto	5	1	3
Costo	3	3	3
Repercusión negativa	3	2	2
Inequidad	5	1	5
Ingobernabilidad	5	1	4
Reforzadores	4	3	0
Liberadores	3	4	0
Efectividad de las intervenciones	4	4	5
Factibilidad de la solución	4	4	4
Prioridad	78.2 (Alta)	38.2 (Media)	65.4 (Media)



### Identificación de líneas de acción

Línea de acción	Respuesta Si/No Problema 1	Si/No Problema 2	Si/No Problema 3
Aseguramiento	No	No	No
Salud pública	Si	Si	Si
Prestación de servicios	No	Si	Si
Talento humano en salud	Si	No	Si
Financiamiento	No	No	Si
Enfoque diferencial	Si	Si	Si
Intersectorialidad	Si	Si	Si
Gobernanza	Si	Si	Si



La salud  
es de todos

Minsalud



MINSALUD



[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



Carrera 13 No. 32-76, piso 1  
Bogotá, D.C., Colombia



@MinSaludCol



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®



[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)



Carrera 49 a No. 91 - 91  
Bogotá, D.C., Colombia



(+571) 3770100



[contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)



@ietscolombia



[ietscolombia](https://www.youtube.com/user/ietscolombia)



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®