



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN TERRITORIO

Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

Orden de Trabajo I, USAID Sistemas Integrados de Salud IDIQ

Septiembre 2022

Este documento fue elaborado para su examen por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por el proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID.

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables (LHSS, por sus siglas en inglés), bajo la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), Sistemas Integrados de Salud entrega indefinida/cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en inglés), ayuda a los países de ingresos bajos y medianos a la transición a sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar la cobertura sanitaria universal. El proyecto trabaja con los países asociados y las partes interesadas locales para reducir los obstáculos financieros a la atención y el tratamiento, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Dirigido por Abt Associates, el proyecto de cinco años y 209 millones de dólares desarrollará la capacidad local para mantener un funcionamiento fuerte del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y la prosperidad. En Colombia, este proyecto se conoce como "Comunidades Saludables."

Presentado a: Scott Stewart, COR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

USAID Contrato No: 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

Citación recomendada: Hilarión, Liliana, David Gómez, y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Septiembre 2022. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. *Análisis de la implementación de la cooperación internacional en territorio*. Rockville, MD: Abt Associates.

ÍNDICE

Lista de Figuras	ii
Lista de Tablas.....	ii
Los acrónimos.....	iii
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. Objetivo General.....	7
2.2. Objetivos Especificos.....	7
3. METODOLOGÍA.....	7
3.1. Fuentes e Instrumentos	10
4. RESULTADOS.....	11
4.1. Caracterización de la Cooperación	11
4.2. Aporte de la Cooperación al Apoyo del Cumplimiento de los ODS-3	18
4.3. Perfil epidemiológico de las ciudades analizadas	19
5. LECCIONES APRENDIDAS	21
6. GUÍA DE FORMULACIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS DE COOPERACIÓN – SOSTENIBILIDAD.....	28
6.1. Aspectos conceptuales generales.....	29
6.2. Áreas y temáticas prioritarias para la cooperación internacional.....	30
6.3. Herramientas para la formulación de proyectos.....	32
6.4. Recomendaciones de la guía.....	37
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	38
8. REFERENCIAS.....	40

Lista de Figuras

Figura 1. Esquema de sistematización de la información.....	8
Figura 2. Flujo de recursos económicos de país destino a sector, 2020.....	12
Figura 3. Flujo de recursos económicos de país destino a sector, 2021.....	12
Figura 4. Porcentaje de tipo de organizaciones registradas en la herramienta clúster en salud.....	14
Figura 5. Mapeo municipal de prestación de servicios de la cooperación clúster en salud.....	17
Figura 6. Ciclo de proyecto.....	33

Lista de Tablas

Tabla 1. Dimensiones y elementos constitutivos de la sistematización de experiencias.....	8
Tabla 2. Caracterización del proyecto.....	9
Tabla 3. Esquema de muestreo para entrevistas.....	10
Tabla 4. Porcentaje de población migrante por región.....	10
Tabla 5. Esquema operativo del estudio.....	11
Tabla 6. Clasificación de reporte de servicios por sub clúster y programa.....	14
Tabla 7. Caracterización de actividades de la cooperación clúster en salud.....	16
Tabla 8. Aporte a las metas ODS-3 por institución cooperante.....	18
Tabla 9. Aporte general de la cooperación clúster en salud al cumplimiento de las metas de ODS-3	19
Tabla 10. Resumen indicadores epidemiológicos por ciudades.....	20
Tabla 11. Clasificación de la Cooperación internacional.....	29
Tabla 12. Prioridades ECRI y Prioridades gobierno 2022-2026.....	31

ACRÓNIMOS

ACNUR	Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados
APC	Agencia Presidencia de Cooperación Internacional
APS	Atención Primaria en Salud
ASP	Actividades Sexuales Pagas
CIS	Cooperación Internacional en Salud
ETPV	Estatuto de Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos
ET	Entidad Territorial
GIFMM	Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IGIS	Igualdad de Género e Inclusión Social
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ONG	Organización No Gubernamental
ONSM	Observatorio Nacional de Migración y Salud
OSIEGS	Orientación sexual, identidad y expresión de género, y características sexuales
LATAM	Latino América
LHSS	Local Health System Sustainability Project
MML	Matriz de Marco Lógico
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ONG	Organización no Gubernamental
ONMS	Observatorio Nacional de Migración y Salud
PTS	Plan Territorial de Salud
PVVS	Persona(s) que Viven con VIH o Sida
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
RUAF	Registro Único de Afiliación al Sistema de Protección Social
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SSRR	Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

USAID	United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
TAR	Tratamiento Antirretroviral
VGB	Violencias Basadas en Género

I. INTRODUCCIÓN

El fenómeno migratorio venezolano en América Latina (LATAM) se ha caracterizado por un patrón de emigración continuo y masivo desde el 2015, siendo éste el principal continente de acogida. Se estima que a marzo de 2022 se encuentran 5,478,377 migrantes procedentes de Venezuela en los países de LATAM de un total de 6,130,473 venezolanos refugiados y migrantes en el mundo (1). Por los lazos geográficos, históricos, sociales y económicos, Colombia es el principal receptor de la población migrante venezolana y se calcula que entre el 30% y el 40% de ésta se encuentra en el territorio colombiano (2) con aproximadamente 2.5 millones de personas migrantes (1).

Si bien no se puede generalizar la situación de la población venezolana que llega al país, lo cierto es que una gran mayoría de quienes llegan a territorio colombiano tiene un importante número de necesidades básicas insatisfechas. En especial, se identifica que la situación de salud de esta población ha generado un aumento en la demanda de los servicios de salud y que esta prestación de servicios se ha caracterizado por problemas en el acceso y oportunidad en la atención –al no estar asegurados ni contar con capacidad de pago–, limitándose en algunos casos a la asistencia de urgencias vitales (3). Al respecto, el informe del Programa Mundial de Alimentos de 2020 reportó que “El 58% de los hogares migrantes no tiene acceso a servicios médicos. Esta tendencia es más predominante en los departamentos de Cesar, La Guajira y Norte de Santander. La razón principal por la cual no tienen acceso a los servicios de salud es por falta de recursos” (4). Sumado a lo anterior, se estima que el 58% de la población venezolana que migra hacia Colombia tiene como motivación buscar atención en salud o medicamentos (3,4), además se conoce que la mayoría de personas que buscan atención en salud son personas de sexo femenino con un 59,4% y que los servicios de mayor demanda están relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva (SSRR)(5).

La confluencia de estas situaciones de alto flujo de población migrante venezolana a Colombia, la elevada demanda de servicios de salud por parte de esta población y la falta de acceso a la atención sanitaria oportuna de mujeres gestantes o lactantes resultan en un fuerte impacto en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que atienden a esta población en Colombia, haciendo que se comprometa el acceso y la calidad de la atención de los pacientes.

Desde 2014 con el Plan Fronteras para la Prosperidad y ligado al Plan Nacional de Desarrollo, Colombia ha venido desarrollando marcos de política pública y normativa especial para posibilitar el adecuado abordaje de la inmigración en la medida en que éste no era un fenómeno visible ni común, pues Colombia se había caracterizado por un patrón emigratorio de colombianos y colombianas hacia el exterior (6); sumado a esto, las diferencias regionales en términos de capacidades territoriales, generó un desbordamiento de las capacidades del Estado en los niveles subnacionales para atender de manera oportuna las necesidades de la población migrante que ha ingresado al país de manera constante e incremental, generando ineficiencias y baja efectividad en la provisión de bienes y servicios públicos requeridos por los migrantes, como agua y saneamiento básico, soluciones habitacionales temporales, servicios de salud y educación, entre otros (7).

Pese a las dificultades de implementación de los marcos de política, normas y estrategias de abordaje del fenómeno migratorio, se reconoce que “El acceso a servicios básicos para la superación de la vulnerabilidad ha avanzado de manera decidida, dando prueba de resultados tangibles”(8). Dentro de la

experiencia de mayor éxito se encuentra los procesos del aseguramiento en salud para las personas venezolanas, pues se demostró que es más costo-efectivo para el Estado cubrir las prestaciones vía Unidad de Pago por Capitación (UPC) que asumir el costo de un sólo evento de atención en salud para una persona sin afiliación. Por ejemplo, “el paquete de atención de parto vaginal equivale a \$1,8 millones de pesos o un paquete de parto por cesárea oscila en \$2,8 millones; estos servicios serían asumidos dentro de la UPC, de estar afiliado el migrante al sistema de salud.”(8). Reconociendo éste y otros importantes avances en materia de respuesta efectiva a la migración en Colombia, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) identificó que en términos de acceso de la población migrante a la oferta institucional socio-sanitaria, aún persisten algunas dificultades para el acceso a los bienes y servicios y que si bien, en un primer momento la respuesta se orientó a la atención humanitaria y de emergencia, actualmente se requiere en una mirada más integral e integradora de las acciones y de los recursos buscando cerrar las brechas, favorecer el acceso y reducir la vulnerabilidad socio-económica de la población migrante en territorio nacional (8).

Sumado a lo anterior, el gobierno colombiano ha reconocido que un buen número de necesidades básicas de las personas migrantes provenientes de Venezuela han sido cubiertas principalmente por programas de asistencia humanitaria de la cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil (8), generando nuevas necesidades de articulación que permitan sostenibilidad en el corto y largo plazo. Dando un paso adelante el Ministerio de Salud y Protección Salud (MSPS), de manera conjunta con la Organización Panamericana de la Salud actualizan al clúster de Salud¹ y lo articulan con la plataforma regional de refugiados y migrantes, y se establece como la instancia de coordinación y articulación entre autoridades y actores del sector salud con la cooperación internacional. El clúster, que cuenta con entre 60 y 70 socios, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, ha buscado: i. promover el desarrollo y la implementación de las intervenciones a partir de diagnósticos locales participativos; ii. trabajar con los miembros para identificar brechas en la respuesta y articular recursos disponibles; iii. asegurar que las necesidades de riesgo, las capacidades y las oportunidades sean evaluadas y comprendidas durante la respuesta humanitaria, y iv. orientar y apoyar la interlocución entre los entes territoriales y actores humanitarios internacionales que ejecuten actividades relacionadas en salud (9).

El aporte de la cooperación internacional al abordaje de la situación ha sido determinante y se requiere aproximarse a formas comprensivas sobre la manera cómo se desarrollan los procesos de planeación, intervención e impacto de los proyectos o acciones de la cooperación en el sector salud con el fin de identificar lecciones aprendidas, oportunidades de mejora y necesidades persistentes en los niveles subnacionales.

Para dar respuesta a esta necesidad, el Programa Comunidades Saludables de USAID en articulación con el MSPS analizó los procesos e impactos de proyectos desarrollados con recursos de cooperación internacional enfocados en la prestación de servicios de salud a la población migrante procedente de Venezuela, particularmente servicios de salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA, atención materno perinatal y salud mental

Lo anterior se desarrollará en el marco de la intervención 2.2.1 del plan de trabajo de Comunidades Saludables en el año 3.

¹ El Clúster Salud es un escenario de articulación, liderado por MSSPS y coliderado por OPS que integra organizaciones nacionales e internacionales promoviendo la cooperación.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Analizar el proceso de planificación, implementación e impacto de proyectos desarrollados con recursos de cooperación internacional enfocados en la prestación de servicios de salud a la población migrante procedente de Venezuela particularmente servicios de salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA, atención materno perinatal, salud mental.

2.2. Objetivos Específicos

- Sistematizar experiencias del proceso de planificación e implementación de proyectos financiados con recursos de cooperación internacional enfocados en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, atención materno-perinatal, salud mental y VIH/SIDA
- Explorar desde la perspectiva de los cooperantes, implementadores y tomadores de decisión los impactos relacionados con los proyectos implementados.
- Identificar lecciones aprendidas de los procesos de planificación e implementación
- Conocer las necesidades persistentes desde la percepción de los cooperantes, implementadores y tomadores de decisión frente a la prestación de servicios de salud una vez se implementan las acciones.
- Estimar estadísticas descriptivas con enfoque particular en las características demográficas, acceso y cobertura de los beneficiarios de los proyectos seleccionados en los territorios definidos.
- Estimar indicadores de resultados y relación costos/resultados (eficiencia de gasto) para cada uno de los proyectos teniendo en cuenta la perspectiva del pagador.

3. METODOLOGÍA

El componente cualitativo se desarrolla por medio del método de sistematización de experiencias, la cual permite “la comprensión de los procesos que se desarrollan en un determinado proyecto en el que participan diversos actores y tiene el propósito principal de mejorar su implementación y rescatar los aprendizajes. En la sistematización se intenta conocer y descubrir cómo funciona una propuesta de intervención en un contexto determinado, qué factores obstaculizan y favorecen el logro de objetivos, cuáles son las posibilidades de sostenibilidad y replicabilidad del proyecto en el mismo y otros escenarios, y qué lecciones se aprendieron de la experiencia” (12).

El paso a paso de la Sistematización se muestra en el siguiente esquema:

Figura 1. Esquema de sistematización de la información



Tomado de: Tapella & Rodríguez-Bilella, 2014

Se establecieron tres tipos de actores clave para el proceso: 1. Autoridad Sanitaria del nivel nacional o subnacional (MSPS y Secretarías de Salud); 2. Cooperantes Internacionales, y 3. Implementadores (IPS, otras Organizaciones No Gubernamentales ONG). La Tabla 1 muestra las dimensiones y elementos explorados/analizados en cada uno de los momentos que configuran la sistematización de experiencias desde la propuesta de Tapella (12):

Tabla 1. Dimensiones y elementos constitutivos de la sistematización de experiencias

Dimensión	Elementos a explorar/analizar resultados de la experiencia,
Caracterización del proyecto*	Objetivos Población y segmentos poblacionales Escenarios (etapas) Intervenciones
La situación inicial y los elementos del contexto	El problema para resolver Oportunidad Factores externos o factores no controlados por los actores (elementos de contexto)
La intencionalidad y el proceso de intervención	Propósitos o finalidades Perspectiva general que orienta su acción Las actividades que constituyen el proceso Hitos del proceso (secuencia en el tiempo de esas actividades) El papel jugado por los principales actores Métodos o estrategias empleados en las actividades Medios y recursos Factores del contexto que facilitaron o dificultaron el proceso
La situación final o actual	Describir los resultados de la experiencia Comparación de la situación inicial con la actual o final, desde la perspectiva de los implementadores Las lecciones aprendidas de la experiencia

Fuente: Elaboración propia a partir de Tapella, 2014.

*La caracterización incluirá especificidades del proceso de atención/intervención según cada una de las temáticas de interés (Salud Materno-Perinatal; Paquetes de Atención; Salud Mental; VIH; Salud Sexual y Reproductiva)

Por su parte, el componente cuantitativo se fundamenta en un método descriptivo y analítico que permite medir los resultados y relación costo/resultados. Por su parte el componente cualitativo se fundamentó en la revisión de fuentes secundarias (visores e informes) ya que la información con variables desagregadas

no fue suministrada por los cooperantes. Por esta razón la principal fuente de información fue la herramienta del clúster en salud (<https://si-clustersalud.org/dashboard/general>) y el Observatorio Nacional de Salud. En la Tabla 2 se pueden observar las variables que resumen los aspectos a tener en cuenta en los proyectos de cooperación internacional analizados.

Tabla 2. Caracterización del proyecto

Variable	Descripción
Tema	Corresponde al enfoque del proyecto, las categorías son: VIH, SSRR, SM, Salud Materna y perinatal
Ciudad	Corresponde al área geográfica de implementación - Ciudad de atención - Ciudad de residencia de la persona beneficiaria
Año de inicio	Corresponde al año de inicio de ejecución del proyecto.
Descripción del programa	Presentación del problema al que el programa busca aportar en la solución. Diagnóstico del problema y la necesidad y pertinencia de la intervención que hará el programa.
Número de objetivos propuestos	Describe la cantidad de objetivos que propusieron en el planteamiento del proyecto
Descripción de objetivos	La manera cómo operacionalizan los objetivos propuestos
Actores	Cuáles son los actores involucrados y los roles de estos dentro del programa.
Número de población objetivo	Cantidad de personas que se espera impactar
Número impactada/atendida	Cantidad de personas que efectivamente fueron impactadas
Metas realizadas	Descripción de las metas ejecutadas del programa
Metas programadas	Descripción de las metas en la planeación
Actividades realizadas	Descripción de las actividades que se llevaron a cabo en la ejecución
Actividades programadas	Descripción de las actividades planteadas en la planeación del programa
Tiempo de ejecución efectivos	Tiempo en meses que demoró la ejecución de cada uno de los proyectos
Tiempo de ejecución programados	Tiempo en meses en los que se planea ejecutar cada uno de los proyectos

3.1. Fuentes e Instrumentos

El muestreo en el componente cualitativo siguió un modelo por conveniencia, estructurado acorde con cada uno de los proyectos que se incluyeron en el estudio e incluían al menos una persona por grupo de actor involucrado, por proyecto y por área geográfica de acuerdo con la Tabla 3:

Tabla 3. Esquema de muestreo para entrevistas

Servicio de interés	Tipo de actor	Número de personas a entrevistar
Salud Materno-perinatal	Cooperante	2
	Implementador (IPS, otras ONG)	2
	Ente Territorial	1
	Nivel Nacional	1
Salud Mental	Cooperante	2
	Implementador (IPS, otras ONG)	2
	Ente Territorial	1
	Nivel Nacional	1
VIH/SIDA	Cooperante	2
	Implementador (IPS, otras ONG)	2
	Ente Territorial	1
	Nivel Nacional	1
Salud Sexual y Reproductiva	Cooperante	2
	Implementador (IPS, otras ONG)	2
	Ente Territorial	1
	Nivel Nacional	1
TOTAL		24*

*Este número es preliminar, puede aumentar en función de las referencias que los cooperantes o implementadores consideren.

De acuerdo con los criterios de selección, se han establecieron las siguientes cuatro regiones geográficas: 1) Bogotá, 2) Riohacha, La Guajira; 3) Cúcuta, Norte de Santander; y 4) Cali, Valle del Cauca. Estas regiones fueron seleccionadas considerando que concentran el 42% del total de personas migrantes en el país (Tabla 4), según lo reportado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (13), además concentran un importante número de proyectos de cooperación desarrollados o en desarrollo, así como diversidad en los tipos de migración, es decir migrantes con vocación de permanencia, “de paso” y/o pendulares.

Tabla 4. Porcentaje de población migrante por región

Región	Porcentaje de población migrante		Número de Cooperantes en el territorio	No. De Población objeto*
	2018	2021		
Bogotá DC	24,1%	21.1%	34	1.103.688
La Guajira	3,9%	5,3%	33	1.270.547
Valle del Cauca	6,5%	5,3%	22	309.569
Norte de Santander	8,5%	10,3%	36	1.868.146
Total	43%	42%	NA	4.551.950

* Reportado entre 2019-2022

Fuente: DANE, 2021 y R4V.

Una vez validadas y avaladas las áreas geográficas en las cuales se desarrolla el estudio con los referentes temáticos del MSPS, se procedió a la identificación del portafolio de servicios que son ofertados/entregados por las agencias de cooperación internacional en las ciudades identificadas en relación con los servicios de salud sexual y reproductiva, atención materno-perinatal, salud mental y VIH/SIDA. De acuerdo con este portafolio, sistematizado por el Clúster de Salud de Colombia, se estableció un esquema operativo para el desarrollo del trabajo de campo que posibilitara contrastar la experiencia en dos ciudades de las priorizadas (Tabla 5).

Tabla 5. Esquema operativo del estudio

Servicios	Ciudad	Proyecto	Cooperante/Coordinador	Actores en territorio	Actores nivel nacional
Atención materno perinatal	Bogotá	Paquetes de atención	Médicos del Mundo	Institución Prestadora de Servicios de Salud Secretaría de Salud – ET Otras ONG implementadoras	Referentes Ministerio de Salud y Protección Social
	Cúcuta	Paquetes de atención	Ministerio de Salud y PS		
Servicios de SSRR	Cali	Consultas/ Anticoncepción	Cruz Roja		
	Riohacha	Consultas/ Anticoncepción	UNFPA		
Salud Mental	Bogotá	Violencias	Médicos del Mundo		
	Cúcuta	Violencias	UNFPA		
VIH/SIDA	Bogotá	VIH	Aid for AIDS		
	Bogotá	VIH	Fondo Mundial		

Fuente: Elaboración propia a partir del reporte de servicios del Clúster de Salud, marzo de 2022 y de la concertación con referentes del Ministerio de Salud y Protección Social.

4. RESULTADOS

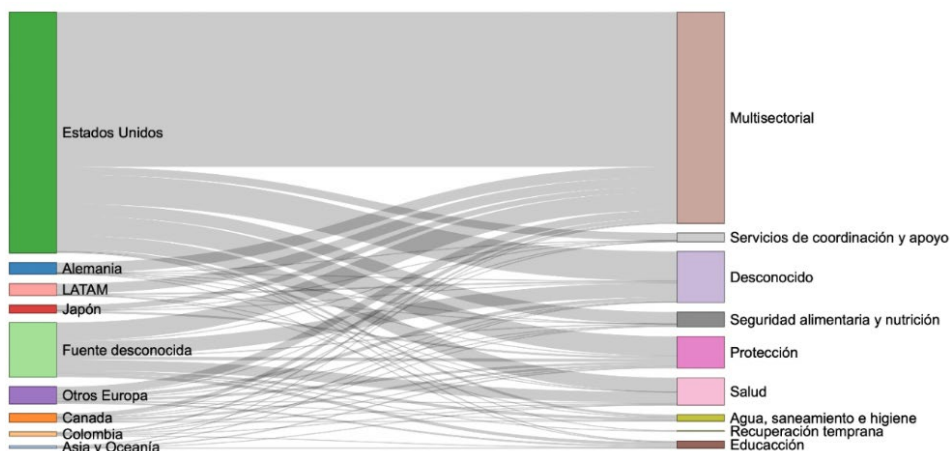
4.1. Caracterización de la Cooperación

Ante los grandes retos que han significado el abordaje del fenómeno migratorio en Colombia debido a las complejidades propias del contexto, es decir condiciones históricas de inequidad, conflicto interno armado, narcotráfico y pugnas por el control territorial, entre otras, el soporte y decidido apoyo en la contención del fenómeno por parte de la cooperación internacional ha sido fundamental, como lo ha reconocido en diversos escenarios y documentos del Estado colombiano. El marco de relacionamiento con la Cooperación internacional en Colombia es histórico y ha significado la posibilidad de implementar importantes procesos en el país, como por ejemplo la lucha contra las drogas y el narcotráfico, tal vez uno de los programas de mayor trayectoria en materia de cooperación binacional. Otras experiencias reconocidas surgen a partir del proceso de acuerdo de paz con la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), donde también el decidido apoyo de la comunidad internacional fue vital para su consecución.

En materia de abordaje al fenómeno migratorio, una experiencia relativamente más reciente, la cooperación ha significado un importante flujo de recursos económicos y desarrollo de actividades para cubrir las necesidades y demandas de atención de la población retornada y migrante en territorio colombiano; tan solo en el primer trimestre de 2022, la cooperación internacional ha financiado 9.1 millones de dólares en cobertura de necesidades básicas de las personas migrantes y refugiadas procedentes de Venezuela y se ha calculado que el 91.6% del total de ésta financiación proviene de EE.UU

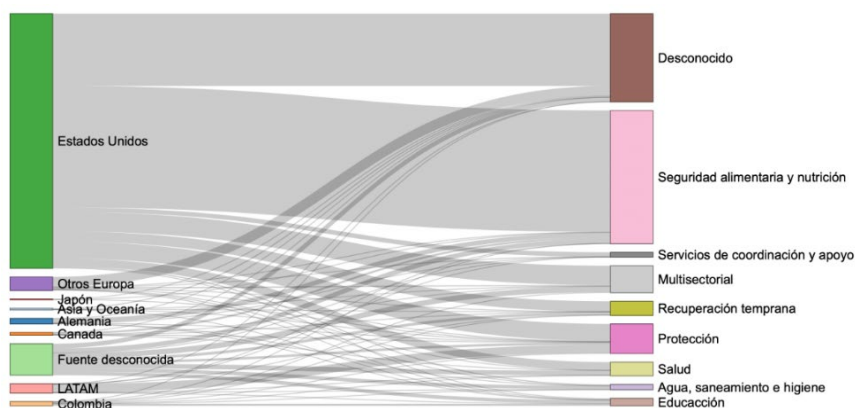
(14), siendo salud una de las necesidades con más actividades de intervención implementadas por un valor de 2.1 millones y 40 organizaciones que desarrollan dichas acciones de 78 que integran la Plataforma Nacional de Coordinación Inter agencial para apoyar la respuesta migratoria (15); esta ha sido la tendencia en los últimos años. Las siguientes figuras muestran el flujo de recursos económicos aportados para la atención de migrantes venezolanos en el territorio colombiano, teniendo en cuenta el país de destino y el sector al que van dirigidos los recursos para el año 2020 (3) y 2021 (2).

Figura 2. Flujo de recursos económicos de país destino a sector, 2020



Fuente: GIFMM – Equipo de análisis

Figura 3. Flujo de recursos económicos de país destino a sector, 2021



Fuente: GIFMM – Equipo de análisis

De acuerdo a lo descrito anteriormente el mecanismo mediante el cual se articula la cooperación internacional en lo relacionado a la población migrante venezolana es el Clúster Salud; este Clúster se constituye en un “espacio de coordinación de la respuesta humanitaria en contextos de emergencia, con el coliderazgo del Ministerio de Salud Pública y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud”².

² Tomado de <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/colombia/salud>

Entre los objetivos del Clúster Salud se destacan³:

- Proteger y salvar vidas a través de la asistencia humanitaria y el acceso a derechos, a necesidades urgentes para las personas vulnerables y en riesgo por conflicto y violencia armada, cambio climático y desastres, y eventos de salud pública; con enfoque de protección y enfoque diferencial de edad, género y diversidad.
- Contribuir a las soluciones duraderas para el restablecimiento de derechos y la estabilización socioeconómica de las personas vulnerables por conflicto y violencia armada, cambio climático y desastres, y eventos de salud pública; con un enfoque de protección y enfoque diferencial de edad, género y diversidad.

La estructura del Clúster está organizada de la siguiente manera⁴

- Subclúster de Niños, Niñas y Adolescentes
- Subclúster de Salud Materna y Salud Sexual y Reproductiva
- Subclúster de Vida Saludable y Salud Mental

El Clúster Salud como escenario de articulación, que integra organizaciones nacionales e internacionales, promueve, entre otros:

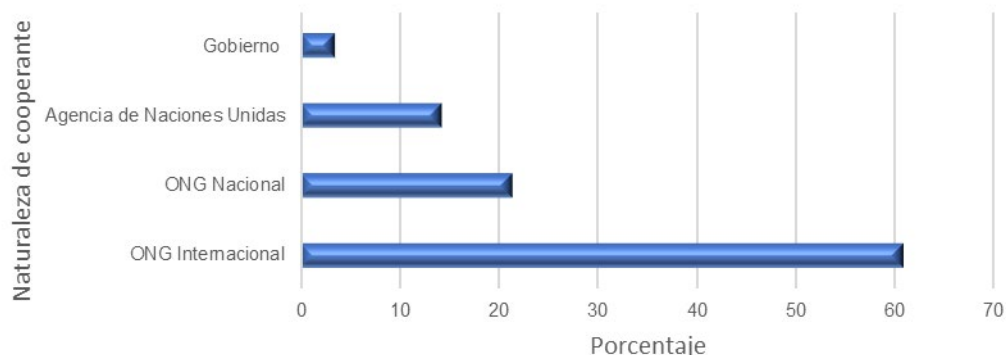
- Identificación y formulación de nuevas iniciativas y/o proyectos.
- Seguimiento y apoyo para la aprobación, ejecución o cierre de proyectos.
- Seguimiento para garantizar la complementariedad con otros proyectos en curso.
- Identificación y divulgación de iniciativas y/o proyectos de las entidades territoriales ante ofertas específicas.
- Canalización de ofertas de cooperación hacia las entidades territoriales.
- Búsqueda de recursos y socios cuando no existe una oferta específica.
- Gestión de donaciones internacionales.

Actualmente hay registradas 83 organizaciones dentro de la herramienta Clúster Salud, sin embargo, el 33,7% (n=28) han reportado información respecto a sus tipos de atención y brigadas en salud prestadas a la población migrante. De las organizaciones que actualmente reportan, el 60,7% se caracterizan como ONG (Figura 4).

³ Ibid

⁴ Ibid

Figura 4. Porcentaje de tipo de organizaciones registradas en la herramienta clúster en salud



Fuente: Herramienta clúster en salud- Comunidades Saludables

4.1.1. Sub-clúster al que contribuyen las organizaciones

Los sub-clúster que forman parte de la cooperación están clasificados en tres: niños, niñas y adolescentes, salud sexual y reproductiva y vida saludable y los programas de plan de respuestas a emergencias, rutas de aseguramiento al sistema de salud; de acuerdo a lo reportado en la herramienta clúster en salud hasta el 31 de mayo de 2022, los hallazgos son los siguientes: de 28 organizaciones que han notificado algún tipo de servicio/atención, el 71% realiza actividades de salud sexual y reproductiva y de vida saludable, 50% de las organizaciones realizan atenciones dirigidas a niños, niñas y adolescentes, 46% realizan actividades para promover rutas efectivas de aseguramiento y el 14% de las organizaciones realizan plan de respuesta a emergencia (Tabla 6).

Tabla 6. Clasificación de reporte de servicios por sub clúster y programa

Organización	Sub-clúster Niños, niñas y adolescentes	Sub-clúster Salud sexual y reproductiva	Sub-clúster Vida Saludable	Plan de Respuestas a Emergencias	Rutas de aseguramiento
ACNUR					
ADRA					
Asociación Profamilia					
Banco de medicamentos					
Fundación Halú					
Fundación Italo colombiana del Monte Tabor					
ONU Mujeres					
Samaritan's Purse					
Save the Children Colombia					
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia					
Humanity & Inclusion					
Fundación Mujer y Futuro					
ONG OCIPI					
ENTerritorio					
Medical Teams International					
Ministerio de Salud y Protección Social					
AID for AIDS					

Organización	Sub-clúster Niños, niñas y adolescentes	Sub-clúster Salud sexual y reproductiva	Sub-clúster Vida Saludable	Plan de Respuestas a Emergencias	Rutas de aseguramiento
Cruz Roja Colombiana					
Fundación Manos Pintadas de Azul					
Project Hope					
Medecins du Monde France					
MedGlobal					
Preemptive love					
Fundación Orientame					
Mercy Corps					
Malteser International					
Fondo de Población de Naciones Unidas					

Fuente: Herramienta clúster en salud- elaboración propia

4.1.2. Cooperantes y servicios que han reportado

Por tipo de servicio prestado, las actividades más frecuentes son la entrega de medicamentos, Atención Primaria en Salud (APS), orientación para afiliación al sistema de salud, educación para la gestación; mientras que las actividades que con menos frecuencia se han reportado en la plataforma son vacunación en adultos mayores y seguimiento a pacientes. En la Tabla 7 se especifica el porcentaje de prestación de servicios de las 3.558 actividades totales reportadas en la herramienta clúster hasta mayo 31 de 2022.

Tabla 7. Caracterización de actividades de la cooperación clúster en salud

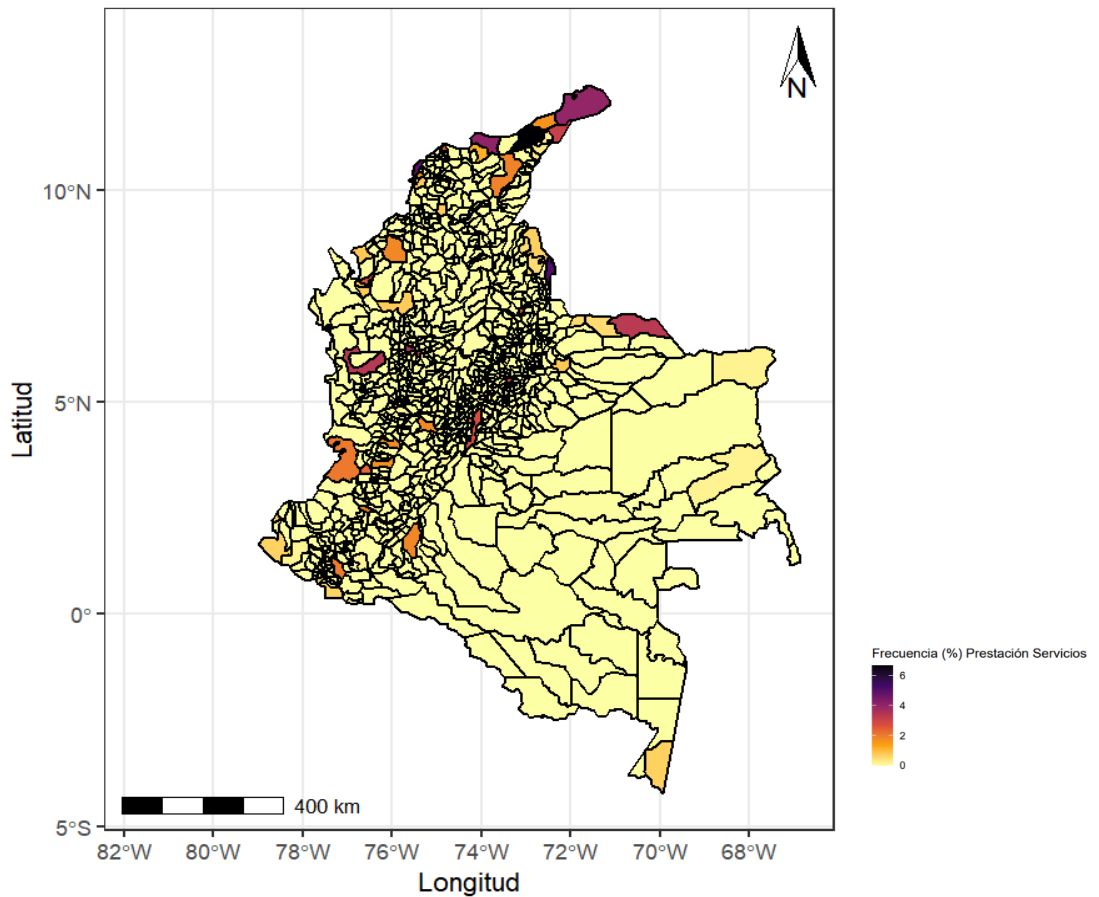
Actividad	Porcentaje	Actividad	Porcentaje	Actividad	Porcentaje
Entrega de medicamentos	3.85	Exámenes paraclínicos básicos	1.29	Consulta de nutrición	0.82
Atención Primaria en Salud	3.18	Información acceso servicios SSR (Salud Sexual y Reproductiva)	1.26	Educación en lactancia materna y alimentación complementaria	0.76
Orientación a sobre afiliación en salud y acceso a servicios	2.53	Anticoncepción/Entrega de preservativos	1.24	VIH/ITS/Entrega de medicamentos Antirretrovirales (ARV)	0.76
Educación y comunicación para la gestación	2.28	IVE/Asesoría	1.24	Tamizaje de anemia	0.73
Atención a gestantes/Información	2.22	Educación en uso de métodos anticonceptivos (sin inicio métodos)	1.21	Contratación de personal para la respuesta en salud	0.70
Atención de enfermería	2.19	Atención Grupal	1.21	Remisión.	0.70
Capacitación a personal de salud y otros actores	2.19	COVID-19	1.21	IVE/Interrupción no farmacológica por dilatación y evacuación	0.65
Atención a gestantes/Ecografía	2.11	Violencia Sexual/Acciones de prevención en violencia sexual	1.21	Vacunación (otros)	0.65
Atención Individual	2.00	Anticoncepción/Entrega de anticonceptivos de emergencia	1.18	Suplementación con micronutrientes niños/gestantes/lactantes	0.62
Atención a gestantes/Consultas de psicología	1.94	Remisión	1.18	VIH/ITS/Otra(s)	0.62
Educación y comunicación en VIH e ITS	1.85	Atención a gestantes/Consultas de nutrición	1.12	Vacunación Primera infancia	0.56
Fortalecimiento institucional para estrategias de aseguramiento	1.85	Dotación de Insumos para autoridades e Instituciones de salud	1.12	Dengue	0.51
Atención a gestantes/Atención médica diferente a control prenatal	1.77	Estrategias de comunicación	1.10	Suplementación nutricional niños/ gestantes/lactantes	0.51
VIH/ITS/Diagnostico (incluye pruebas rápidas)	1.77	IVE/Consulta	1.07	Atención Clínica	0.48
Violencia Sexual/Gestión de casos	1.77	IVE/Gestión de casos	1.07	Vacunación Gestantes	0.45
VIH/ITS/Información	1.74	Anticoncepción/Provisión de métodos temporales de corta duración	1.04	Logística e Infraestructura autoridades e Instituciones de salud	0.42
VIH/ITS/Entrega de preservativos (Masculinos y femeninos)	1.71	Anticoncepción/Seguimiento de adherencia al método	1.04	Malaria	0.37
VIH/ITS/Exámenes de laboratorio de seguimiento	1.69	Atención a gestantes/Consultas de odontología	1.04	Vacunación	0.31
Atención a gestantes/Otra(s) atenciones	1.60	Prestación de APS, SSR, atención psicosocial, atención nutricional"	1.04	Manejo ambulatorio de la desnutrición aguda	0.25
Atención Comunitaria	1.57	Anticoncepción/Procedimientos de métodos quirúrgicos	1.01	Consulta de nutrición.	0.22
Gestión de Casos	1.55	Acciones de promoción para el acceso a derechos	0.98	Diabetes	0.20
Anticoncepción/Asesoría	1.49	Consulta de odontología	0.98	Fiebre Amarilla	0.17
Violencia Sexual/Otra(s)	1.41	IVE (Interrupción voluntaria del embarazo)	0.98	Otras	0.17
Consulta de morbilidad	1.38	IVE/Interrupción farmacológica	0.96	Transporte medicalizado	0.11
Anticoncepción/Métodos de larga y corta duración	1.35	VIH/ITS/Control y seguimiento médico de casos	0.96	Otra	0.08
Consulta de psicología	1.35	Anticoncepción/Otra(s)	0.93	Gestión de casos.	0.06
Educación en DSDR	1.35	Preparación respuesta en salud emergencias nivel comunitario	0.90	Cardiovasculares	0.06
Consulta integral por medicina/enfermería / desarrollo infantil	1.32	Preparación respuesta en salud a las emergencias a nivel Institucional	0.90	Diagnóstico.	0.06
Interconsultas y exámenes	1.32	Educación en DSDR/Otra(s)	0.87	Seguimiento a pacientes.	0.06
Educación en salud	1.29	Implementación de plan de acción	0.87	Vacunación Adultos Mayores	0.06

Fuente: Herramienta clúster en salud- Comunidades Saludables

4.1.3. Mapeo municipal

De 1.122 municipios colombianos, la cooperación realiza presencia en 74 municipios, es decir en el 6,6% del territorio colombiano, la mayor frecuencia de prestación de servicios en salud⁵ es en Riohacha (6,6%), Cúcuta (5,1%), Cartagena (4,9%), Santa Marta (4,0%) y Uribe (4,0%), mientras que en los municipios que se reportan frecuencias de cooperación inferior al 0,5% es en La Jagua del Pilar, San José del Guaviare, San Juan del César, Urumita y Villanueva (Figura 5).

Figura 5. Mapeo municipal de prestación de servicios de la cooperación clúster en salud
















Elaboración: Propia

⁵ La frecuencia de prestación se mide de acuerdo al número de notificaciones (registros) que realiza el cooperante en la plataforma Clúster Salud.

4.2. Aporte de la Cooperación al Apoyo del Cumplimiento de los ODS-3

De las 13 metas propuestas al cumplimiento de los Objetivos Desarrollo Sostenible (ODS-3), la cooperación clúster en salud para población migrante apoya en el cumplimiento de ocho (61,5%), las metas en las que hay una mayor frecuencia de actividades y acciones en salud son las relacionadas con salud sexual y reproductiva (disminución de muertes maternas, reducción de enfermedades transmisibles y no transmisibles, acceso a cobertura universal de servicios de salud y acceso a medicamentos (Tabla 8).

Tabla 8. Aporte a las metas ODS-3 por institución cooperante

Meta		Aporte de la cooperación
	3.1 - Reducir la mortalidad materna	Si
	3.2 - Acabar con las muertes prevenibles de menores de 5 años	Si
	3.3 - Lucha contra las enfermedades transmisibles	Si
	3.4 - Reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles	Si
	3.5 - Prevenir y tratar el abuso de sustancias	No
	3.6 - Reducir lesiones y muertes en carreteras	No
	3.7 - Acceso universal a atención reproductiva, planificación y educación	Si
	3.8 - Alcanzar la cobertura universal de salud	Si
	3.9 - Reducir las enfermedades y muertes causadas por productos químicos peligrosos y contaminación	No
	3.A - Implementar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	No
	3.B - Apoyar la investigación, el desarrollo y el acceso universal a vacunas y medicamentos asequibles	Si
	3.C - Aumentar la financiación de la salud y el apoyo a la fuerza laboral en los países en desarrollo	Si
	3.D - Mejorar los sistemas de alerta temprana para los riesgos a la salud mundial	No

Elaboración: Propia

Las dos metas a las que con mayor frecuencia aporta de la cooperación es a la meta 3.1 (53,5%) y 3.7 (46,4%); mientras que la meta que tiene menor contribución tiene por parte de las instituciones cooperantes es la 3C (14,2%) y 3.4 (28,5%) (Tabla 9).

Tabla 9. Aporte general de la cooperación clúster en salud al cumplimiento de las metas de ODS-3

Cooperantes	Metas ODS-3												
	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3A	3B	3C	3D
ACNUR													
ADRA													
Asociación Profamilia													
Banco de medicamentos													
Fundación Halü													
Fundación ItaloColombiana del Monte Tabor													
ONU Mujeres													
Samaritan's Purse													
Save the Children Colombia													
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia													
Humanity & Inclusion													
Fundación Mujer y Futuro **													
ONG OCIPI **													
ENTerritorio **													
Medical Teams International													
Ministerio de Salud y Protección Social													
AID for AIDS													
Cruz Roja Colombiana													
Fundación Manos Pintadas de Azul													
Project Hope													
Medecins du Monde France **													
MedGlobal													
Preemptive love													
Fundación Orientame													
Mercy Corps													
Malteser International													
Fondo de Población de Naciones Unidas													
Organización Panamericana de la Salud													
Hearth Alliance International													
OIM- Programa Migración y Salud													

**Instituciones registradas que no reportan servicios

Elaboración: Equipo Comunidades Saludables

4.3. Perfil epidemiológico de las ciudades analizadas

A continuación, se presenta una tabla con los indicadores más relevantes en salud pública, que son considerados trazadores de acceso y equidad en salud para cada uno de los perfiles epidemiológicos de cada una de las ciudades en donde se ejecutó el proyecto.

Los casos presentados corresponden a las estadísticas generadas por el Observatorio Nacional de Migración y Salud (ONMS) del año 2017 a 2022 para población migrante proveniente de Venezuela que en algún momento ha consultado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y para la cual sus datos fueron registrados en el cubo de información RIPS⁶ (Tabla 10).

De acuerdo con los indicadores publicados por el ONMS para estas cuatro ciudades, el 85% de casos que se reportan corresponden a personas migrantes de Venezuela, siendo la mayor parte de esta población

⁶ Circular 029 de 2017

5. FACTORES FACILITADORES, BARRERAS Y LECCIONES APRENDIDAS

A partir del análisis de la implementación de la cooperación internacional en territorio se extraen algunas lecciones aprendidas de los procesos llevados a cabo por los cooperantes. Es importante resaltar que, debido a que el análisis se realizó por unidad geográfica (cuatro ciudades) y agrupaciones de patología, esta sección se elabora siguiendo la siguiente estructura: en primer lugar se presentan barreras y dificultades por agrupación (mencionando las ciudades donde se realizó la indagación); en segundo lugar se presentan los facilitadores encontrados y por último, se señalan las lecciones aprendidas del proceso.

Barreras y dificultades del componente de Salud Sexual y Reproductiva (Cali y Riohacha)

- Espacio fronterizo, con una dinámica poblacional con una composición étnica binacional (población Wayuu).
- Elementos culturales que aumentan los riesgos de estas comunidades de enfermar o morir.
- Dinámica pendular de esta población que impide que haya trazabilidad y seguimiento a los servicios ofertados, principalmente, en salud materno-perinatal.
- En Riohacha, la cultura condiciona el acceso a métodos de anticoncepción por los roles de género establecidos sobre la mujer, según el cual, la perpetuación familiar se corresponde con nuevas generaciones de mujeres.
- Los trámites administrativos para la afiliación, las trabas burocráticas bajo el aseguramiento, las brechas digitales y el manejo tecnológico desincentivan a los migrantes a la regularización de su estatus en el país.
- En el caso puntual de Riohacha, además de las barreras de capacidad técnica-tecnológica, las barreras geográficas hacen que las actividades realizadas en los territorios sean difíciles de implementar y dificultan que la comunidad tenga una atención oportuna de sus situaciones de salud, cualesquiera que estas sean.
- La falta de vías transitables, de centros de salud habilitados con la suficiente capacidad para la atención y la variabilidad climática se vuelven una dificultad constante para la operación en el territorio.
- Persisten las demandas en atención prenatal, anticoncepción, retiro de anticoncepción, tratamientos para ITS, y, en este caso puntual, no hay ningún cooperante que oferte la interrupción voluntaria del embarazo.
- En la cooperación internacional, en muchas situaciones, las demandas superan la capacidad (esta brecha se marca más en el caso de Riohacha).
- La disponibilidad de profesionales por 3 o máximo 6 meses perjudica los servicios y la capacidad instalada en el territorio, ya que hay una constante e incesante rotación de personal en toda la institucionalidad territorial y de la cooperación.
- La estigmatización prolifera la xenofobia en los servicios de salud. Algunas IPS niegan atenciones y se direcciona erráticamente a los migrantes y retornados por la falta de sensibilización y por las percepciones individuales de algunos funcionarios entorno a los estereotipos negativos difundidos por medios de comunicación y la cultura popular en los municipios.

Facilitadores de Salud Sexual y Reproductiva (Cali y Riohacha)

- Aseguramiento universal en el marco del ETPMV que permite que la población, vía regulación migratoria, pueda ser afiliada tanto al régimen contributivo o al régimen subsidiado.
- La formación y consolidación de estructuras comunitarias que facilitan las acciones en terreno.
- La disposición institucional de los actores en territorio también ha sido un facilitador de la atención. El esfuerzo constante de las autoridades sanitarias territoriales y la intersectorialidad para el manejo de urgencia y emergencias ha permitido generar capacidades que brindan mayores garantías en el territorio del manejo de las situaciones de SSR.
- La creación de un espacio de articulación y decisión es una herramienta fundamental para la respuesta en el territorio. El sub-Clúster de Salud Sexual y Reproductiva y la Mesa Distrital de Migrantes han permitido coordinar, planear, movilizar y unificar las acciones de forma efectiva, eficaz y eficiente con la confluencia de todos los interesados en los territorios.

Lecciones aprendidas Salud Sexual y Reproductiva (Cali y Riohacha)

- Uno de los principales retos de cualquier proyecto humanitario es el manejo de los recursos y los tiempos de ejecución. Las personas entrevistadas que hacen parte de las organizaciones de cooperación manifiestan que, si bien es claro que estas disposiciones obedecen a un corto alcance, ante el contexto de los municipios revisados, el personal contratado debe contar con tiempos mayores para operación.
- El resultado más interesante de este proceso en Cali es la conformación y la institucionalización de una mesa dedicada exclusivamente al manejo de los temas de salud sexual y reproductiva en el distrito. Dicha conformación fue el resultado de un proceso de diálogo y coordinación entre autoridad local y cooperantes.
- La información es fundamental para la toma de decisiones, es por ello hacer una constante formación, tanto en el personal sanitario como en la población migrante, retornada y de acogida, para la identificación de factores de riesgo en salud sexual y reproductiva.

Barreras y dificultades de Salud mental (Bogotá y Cúcuta)

- Una de las más importantes dificultades, expresada por la autoridad sanitaria nacional departamental (Instituto Departamental de Salud), es el acceso a información que precisa en tiempo real para toma de decisiones rápidas. Colombia ha robustecido los sistemas de información de Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) que los municipios han adoptado como una fuente de información importante para obtener información de eventos de interés en salud pública como intentos de suicidio, intoxicaciones y violencia, sin embargo, hay una brecha importante en cuanto a la disponibilidad e interoperabilidad de la información que se encuentra en los sistemas.
- La autoridad sanitaria nacional manifiesta que la propia dinámica de la población migrante al ser un fenómeno complejo tiene dos grandes aristas de intervención, el primero relacionado con las capacidades de afrontamiento y el segundo en lo relacionado con la integración comunitaria.
- La autoridad sanitaria también menciona que una de las dificultades en la oferta duplicada o poco diversificada en salud mental, además de la sostenibilidad de los proyectos y el poder generar una atención sin barreras, es decir que no tenga que decir dónde vive, simplemente llega y recibe la

atención y si quiere puede volver o puede llamar una línea telefónica anónima.

- Hay un consenso acerca de que la principal barrera de acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante corresponde a la afiliación al sistema de salud colombiano.
- En Cúcuta manifiestan falta de capacidad instalada en las IPS y ESE Públicas, por la alta demanda en los servicios de urgencias, lo que generaba a los migrantes venezolanos poca accesibilidad al sistema.
- No se cuenta con centros de protección a mujeres víctimas de violencias propios de la administración municipal, estos son proporcionados por unos de los cooperantes, lo que pone en riesgo la protección de las mujeres en caso tal de no tener continuidad dicho proyecto.
- En el contexto de la ruta de las violencias, es falta de oferta por parte de los cooperantes para la atención a los jóvenes y en interrupción voluntaria del embarazo, especialmente después de la semana 20 y cuando se da un hecho de violencia.

Facilitadores de salud mental (Bogotá y Cúcuta)

- Tanto cooperantes, autoridades sanitarias nacionales y locales e implementadores coinciden en que un facilitador clave es la articulación entre los actores de diferentes niveles, una de las instancias clave para lograr esta sinergia corresponden el Sub-clúster de Salud Materna, SSR y Violencias Basadas en el Género (VBG).
- Las autoridades sanitarias nacionales tienen un rol protagónico tipo gestor, donde se generan asesorías técnicas, pero también, gracias a su respaldo, es posible adelantar acciones que puedan resultar en procesos innovadores.
- De acuerdo con uno de los cooperantes entrevistados varios proyectos de cooperación internacional en salud mental han decidido apoyar la orientación de los migrantes en el proceso de afiliación, pues esta corresponde a una vía sostenible en el tiempo, posición que comparte también uno de los representantes de las autoridades sanitarias entrevistados.
- En todos los niveles se reconoce que gracias a los recursos y a la oferta proveniente de los cooperantes y de las organizaciones, ha sido posible atender ciertas necesidades, sin embargo, hay enfoques mayores en otros temas y en salud mental aún falta mucho por desarrollar.
- La autoridad sanitaria local, cuenta con talento humano específico en la dimensión de salud mental de acuerdo a los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública; la ET venía realizando acciones colectivas, que incluían centros de escucha y zonas de orientación escolar, orientación universitaria, primeros auxilios psicológicos y programas de formación en mhGAP (Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental).
- Menciona la autoridad sanitaria local, que contar la implementación de la Ley 1620 por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar; donde las instituciones educativas activan las rutas que ponen en riesgo a cualquier persona de este entorno ha facilitado el acceso de migrantes escolarizados a las rutas de atención tanto de intenso de suicidio como de violencias.
- En la ciudad de Cúcuta se cuenta con mecanismos de seguimiento y monitoreo de la población migrante proveniente de Venezuela, estos mecanismos no solo hacen parte del reporte a sistemas de información ya existentes, sino que también hacen parte del seguimiento del cumplimiento de actividades en la ruta de violencias implementadas por los cooperantes.

Lecciones aprendidas Salud mental (Bogotá y Cúcuta)

- La integración de paquetes de atención en salud mental y violencia representa una oportunidad para implementar intervenciones más costo-efectivas y eficientes que aportan a una mejor calidad de vida a la población migrante.
- Es necesario complementar el marco normativo debido a que hay población migrante que no cumple con las condiciones para acogerse a las estipulaciones actuales para la regulación de su estatus migratorio y lograr un acceso rápido a los servicios de salud en salud mental y violencias.
- La implementación de los proyectos de cooperación internacional a través de las entidades territoriales que representan al gobierno debe articularse a las necesidades propias de la entidad territorial y sus diagnósticos, esto no solo facilita el reconocimiento de la institucionalidad, sino una mayor apropiación y ampliación de los servicios ofrecidos en salud mental y violencias.
- Es necesario unificar los esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de información desde los cooperantes en articulación con las entidades territoriales, de manera que se tenga información completa y actualizada acerca de la salud mental y las violencias basadas en género en Colombia.
- El diálogo constructivo entre autoridades sanitarias, cooperantes, implementadores, organizaciones de la sociedad civil, academia y representantes de las poblaciones afectadas a través de las mesas y comités establecidos, permite la creación de sinergias que potencien esfuerzos dirigidos a la mejor activación de rutas y a la articulación con las instancias de protección y justicia, especialmente para violencias basadas en género.
- Los proyectos de cooperación internacional en población migrante son fundamentales en los entes territoriales para la complementariedad de las atenciones en salud mental y violencias basadas en género, y especialmente en población pendular.

Barreras y dificultades de Atención Materno perinatal (Bogotá, Cúcuta y Barranquilla)

- La autoridad nacional percibe que cada cooperante trae su propia agenda mediada, bien sea por su propio gobierno o por los donantes quienes en últimas son los que definen a priori cuales son los proyectos para implementar sin llevar a cabo un proceso de concertación con la nación o con las entidades territoriales.
- En algunos casos el cooperante puede tener una mayor capacidad técnica que la capacidad de las entidades territoriales, lo que puede poner en desventaja a estas últimas en su poder de negociación.
- En ocasiones el cooperante puede llegar a “eclipsar” a las entidades territoriales que no tengan este poder de influencia y de negociación.
- Para las autoridades territoriales, además de los problemas de alineación de demandas y expectativas, otra dificultad es la que tiene que ver con el ejercicio de vigilancia y control que estas autoridades tienen que ejercer sobre los cooperantes frente a su oferta de servicios, cuando estos prestan directamente los servicios o las atenciones.
- Algunos de los cooperantes se escudan en su esquema de atención humanitaria para no habilitarse como prestadores de servicios o no reportar a los sistemas de información en salud (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS-, SIVIGILA), lo que ha llevado a un subregistro de las atenciones y de los eventos de interés en salud pública.
- El cooperante que llega a prestar directamente los servicios o las atenciones en salud se encuentra

con un sistema de salud bastante complejo en lo normativo, sin el debido acompañamiento por parte de las autoridades sanitarias, por lo cual prefiere continuar bajo el modelo de atención humanitaria, porque en lo operativo le es más fácil adaptarse.

- Las condiciones de vulnerabilidad social en las que llega una parte de la población migrante, sobre todo la que llega en situación irregular, hacen que la salud no sea su prioridad, puesto que tiene que resolver el día a día relacionado con los medios mínimos de subsistencia.
- El acceso a la salud está limitado a la atención inicial de urgencias; en el caso en el que acudan y requieran seguimientos, estos se dificultan bien sea porque no cuentan con los recursos para asistir a los servicios, porque no tiene un punto fijo de residencia, por miedo o por las características de movilidad de esta población, entre otros.
- Desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud colombiano constituye una barrera muy grande.

Facilitadores de Atención Materno perinatal (Bogotá, Cúcuta y Barranquilla)

- En el caso de Bogotá, el esquema implementado en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, ha favorecido el mantener la integralidad de la atención, desde lo más promocional de la ruta, hasta las atenciones que requieren un mayor nivel de complejidad.
- El trabajo territorial por medio de equipos de atención en casa y de equipos en los diferentes entornos de vida cotidiana del modelo Salud a Mi Barrio ha facilitado la identificación y captación temprana de las gestantes.
- El trabajo con líderes y organizaciones de base comunitaria ha sido fundamental, ya que ellos son quienes conocen las barreras y las necesidades de la población migrante en el territorio.
- Se han vinculado a procesos de vigilancia epidemiológica comunitaria, ayudando a identificar oportunamente los eventos de interés en salud pública.
- Los mecanismos de seguimiento y de monitoreo de la atención de las gestantes es un factor de éxito es el relacionado ya que trascienden el reporte a sistemas de información existentes o al seguimiento del cumplimiento de actividades.
- Disposición de una base de datos donde ingresan la información que les permite tener la trazabilidad de la atención de la gestante cuando reciben el paquete básico.

Lecciones aprendidas de Atención Materno perinatal (Bogotá, Cúcuta y Barranquilla)

- Promover la regularización y el aseguramiento de la población migrante irregular, como una medida que garantice la sostenibilidad de la atención en salud para esta población. En ese sentido se debe continuar con las jornadas de aseguramiento, acompañadas de mecanismos de información y de comunicación que estén adaptadas a las particularidades culturales y sociales de la población migrante.
- Existe la necesidad de diseñar esquemas de contratación que contemplen el pago por resultados, junto con incentivos que lleven a estas entidades a incorporar intervenciones más anticipatorias dentro de sus modelos de atención, que vayan más allá de la demanda inducida, y cuyo impacto se vea reflejado en los resultados en salud de la población.

- Una lección aprendida la aporta la experiencia de implementación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, que incorpora en su paquete desde las intervenciones más preventivas y promocionales como las atenciones de mayor complejidad. Todo acompañado de mecanismos de búsqueda activa en territorio, seguimiento vía telefónica y monitoreo a través de una base de datos que les permite dar cuenta de la trazabilidad de los servicios recibidos por cada gestante dentro del paquete contratado.

Barreras y dificultades de VIH (Bogotá y Soacha)

- Gestión del gobierno en relación con las normas que regulan las patentes de medicamentos y de importación de otros insumos, la movilización de recursos, el acceso a datos en tiempo real, la complejidad normativa que rige el sistema de salud en Colombia y la coordinación de acciones de los cooperantes según la agenda que tengan.
- Barreras de acceso a las prestaciones de salud por parte de la población migrante (barreras estructurales de carácter social, normativo y operativo).
- Los representantes de las autoridades sanitarias y así como los cooperantes entrevistados manifiestan que Colombia no ha podido realizar la transición al dolutegravir (DTG), medicamento patentado que suele hacer parte de los esquemas de TAR, debido al costo con el que se comercializa en Colombia.
- El país no ha considerado la posibilidad de incorporar mecanismos de compras conjuntas con otros países o de flexibilizar la regulación que existe en relación con la adquisición de este medicamento. Por esa misma razón, explica el cooperante, la introducción del auto test en Colombia ha tenido numerosos obstáculos.
- Expresa un cooperante, es el acceso a información precisa en tiempo real para toma de decisiones rápidas, ya que hay una brecha importante en cuanto a la disponibilidad e interoperabilidad de la información que se encuentra en dichos sistemas de información y datos oficiales de población migrante.
- No hay información suficiente y precisa en tiempo real sobre datos clave como número de Personas que Viven con VIH o Sida (PVVS), su carga viral y esquema Tratamiento Antirretroviral (TAR), entre otros, de manera que se pueda visualizar rápidamente y de manera precisa el estado actual de la epidemia en Colombia.
- Uno de los cooperantes considera que la complejidad del sistema de salud en Colombia dificulta la operatividad de las estrategias pues, debido a que existe una gran diversidad de actores independientes desde el punto de vista financiero.
- De acuerdo con el cooperante, falta aún ganar consciencia, en algunos territorios, sobre el impacto de la inversión en prevención de la enfermedad.
- Los entrevistados de las autoridades sanitarias locales manifiesta que, con frecuencia, los cooperantes tienen agendas que no necesariamente corresponden con las necesidades territoriales.

Facilitadores de VIH (Bogotá y Soacha)

- Una de las instancias clave para lograr esta sinergia corresponden el Sub-clúster de Salud Materna, SSR y Violencias Basadas en el Género (VBG). La función de este es “coordinar la respuesta humanitaria en SSR/VBG, para lo cual lleva a cabo análisis permanente de necesidades, de la oferta de servicios de SSR disponibles e identifica y trabaja por superar las brechas en la disponibilidad de los servicios mínimos en SSR”

- Las autoridades sanitarias nacionales tienen un rol protagónico desde el punto de vista técnico y desde esta instancia se generan asesorías técnicas, pero también, gracias a su respaldo, es posible adelantar acciones que puedan resultar en procesos innovadores.
- Las autoridades sanitarias locales, en este caso, distritales, tienen un rol de vigilancia y control en términos de la ejecución de las acciones y de coordinación y focalización del desarrollo de las acciones en el territorio, asimismo, son ellas quienes asumen la cofinanciación del control de la epidemia de VIH y Sida como compromiso de dar sostenibilidad a las capacidades locales. Uno de los entrevistados resalta también la importancia de la asistencia técnica que reciben las autoridades sanitarias distritales para cualificar el talento humano y contar con un proceso de mejoramiento continuo.
- El sistema de salud colombiano cuenta con una estructura operativa robusta y un acceso a servicios de muy buena calidad, lo cual facilita en los mecanismos de afiliación de la población migrante venezolana. Las autoridades sanitarias locales mencionaron como facilitador las jornadas de afiliación que se han logrado adelantar con el apoyo de un cooperante. Esta estrategia se refuerza, desde lo normativo, con el decreto 64 de 2020 que estipula la obligatoriedad de afiliar a los usuarios que ingresan a un servicio de salud por parte de la IPS que haga la atención, si tienen las condiciones necesarias para realizarlo, de acuerdo con el entrevistado.

Lecciones aprendidas de VIH (Bogotá y Soacha)

- La sostenibilidad de la prestación de servicios en salud a población migrante venezolana viviendo con VIH o Sida debe darse a través del aseguramiento y de la afiliación de los individuos al régimen contributivo o subsidiado del SGSSS colombiano.
- Es necesario complementar el marco normativo debido a que hay población migrante que no cumple con las condiciones para acogerse a las estipulaciones actuales para la regulación de su estatus migratorio y lograr un acceso rápido a los servicios de salud.
- La priorización de la población migrante venezolana como una de las poblaciones clave en los procesos de postulación a subvenciones provenientes de cooperación internacional permite canalizar recursos específicamente para la atención oportuna de esta población.
- La integración de paquetes de prevención representa una oportunidad para implementar intervenciones más costo-efectivas y eficientes que aportan a una mejor calidad de vida.
- El requisito de cofinanciación de las actividades incluidas en la respuesta ante el VIH y el Sida por parte de las entidades territoriales propicia su apropiación y sostenibilidad a nivel local.
- La implementación de los proyectos de cooperación internacional a través de las entidades territoriales que representan al gobierno facilita el reconocimiento de la institucionalidad, así como una mayor apropiación de la responsabilidad de aquellas en el control de la epidemia de Sida en Colombia.
- Las organizaciones de la sociedad civil juegan un papel fundamental en la prestación de servicios de promoción de la salud y prevención de la infección por VIH, en la medida en que logran acceder, más fácilmente, a poblaciones clave como Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH), personas con Orientación sexual, identidad y expresión de género, y características sexuales diversas (OSIEGS), personas dedicadas a Actividades Sexuales Pagas (ASP) y a usuarios de drogas inyectables.

6. GUÍA DE FORMULACIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS DE COOPERACIÓN – SOSTENIBILIDAD

Para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones del Programa en lo relacionado a la estrategia de movilización de recursos desde la cooperación internacional y la planeación de la ayuda internacional desde una óptica estructurada que minimice reprocesos y optimice el uso de los recursos disponibles, para responder al fenómeno migratorio de población proveniente de Venezuela, se desarrolla una Guía de formulación y gestión de proyectos de cooperación. Esta guía se construye a partir del análisis tanto cualitativo como cuantitativo del estudio y recoge las experiencias de la implementación de la cooperación, así como sus resultados, para formular una metodología que permita mejorar los procesos de planeación, formulación, implementación, monitoreo y seguimiento de los proyectos de cooperación internacional en territorio, relacionados con población migrante.

Esta guía busca ser un instrumento práctico y complementario de la Estrategia de Cooperación y Relaciones Internacionales del Sector Salud y Protección Social – ECRI 2022 (16) y su finalidad es brindar herramientas a los funcionarios del MSPS para que, al trabajar articuladamente con los enlaces del Grupo de Cooperación Relaciones Internacionales, las autoridades locales y los cooperante, tengan la oportunidad de medir el alcance de los proyectos y su impacto en las poblaciones, de modo que se puedan fortalecer los procesos de formulación, evaluación y monitoreo de los proyectos financiados con recursos de cooperación internacional en el sector salud.

Es importante reconocer las particularidades que la ECRI incorpora en el marco de las acciones en el sector salud, entre ellas la necesidad de contar con un enfoque territorial, aspecto fundamental para que las acciones de Cooperación también respondan a las dinámicas locales, según los desafíos del desarrollo sostenible, así como el modelo de determinantes sociales lo que implica una visión integral y articuladora del conjunto de acciones de la cooperación en los territorios. En ese orden, se busca que los actores del nivel local y subnacional, en especial las secretarías departamentales y municipales de salud como autoridades locales, participen en los procesos de definición, implementación, monitoreo y seguimiento de las acciones derivadas de la ECRI.

El contenido de la guía incorpora los avances y lineamientos emitidos por organizaciones como la Agencia Presidencia de Cooperación Internacional (APC), el MSPS dados en la ECRI y la normativa en materia de cooperación del Estado Colombiano. En este sentido, las herramientas desarrolladas en la presente guía están enfocadas a las particularidades del sector salud, en el cual interactúan diversos niveles y actores en pro de la consecución de metas relacionadas con la salud y el bienestar y guarda armonía con los mencionados lineamientos. Su inicio se relaciona con generalidades de la cooperación internacional en salud y finaliza con una serie de recomendaciones y lecciones aprendidas.

La guía se desarrolla en cuatro apartados, el primero presenta algunos aspectos conceptuales, seguido de una síntesis y triangulación de prioridades en salud para el periodo 2022-2026; en tercer lugar, desarrolla aspectos metodológicos para la formulación de proyectos en línea con los instrumentos nacionales e internacionales, y finalmente se describen una serie de recomendaciones y lecciones aprendidas que favorecen los procesos tanto de formulación y gestión de proyectos en el sector salud.

6.1. ASPECTOS CONCEPTUALES GENERALES

Para poder facilitar la lectura e implementación de la guía se enuncian a continuación algunos conceptos clave que permitirán tanto al usuario experto como al nuevo un lugar común sobre los contenidos que desarrolla la presente guía.

¿Cómo podemos definir el concepto de Cooperación Internacional?

La cooperación internacional, se define como un concepto global que comprende todas las modalidades concesionales de ayuda que fluyen hacia los países de menor desarrollo relativo, mediante la transferencia de tecnologías, conocimientos, experiencias o recursos por parte de países con igual o mayor nivel de desarrollo, organismos multilaterales, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil (17).

¿Cuál es la clasificación de la cooperación internacional?

La siguiente tabla muestra una clasificación posible de la cooperación internacional

Tabla 3. Clasificación de la Cooperación internacional

Criterio	Tipo	Definición
Según el tipo y naturaleza de las actividades involucradas	Cooperación técnica	Incorpora la transferencia de técnicas, tecnologías, conocimientos o experiencias
	Cooperación financiera	No Reembolsable: Flujo de recursos en efectivo, por lo general de carácter no reembolsable, transferido por países u organismos internacionales de cooperación, destinada a apoyar proyectos. Reembolsable: Comprende créditos concesionales o créditos blandos
Según el nivel de desarrollo de los países	Cooperación vertical	Se da entre un país desarrollado y otro en vías de desarrollo o de menor nivel de desarrollo
	Cooperación horizontal	Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo, por ejemplo, la cooperación Sur-Sur
	Cooperación triangular	Involucra a un tercer país o a un organismo internacional en las actividades de cooperación entre dos países en desarrollo

Fuente: Elaboración propia a partir de (18)⁷

¿Qué es la cooperación internacional en salud?

La Cooperación Internacional en Salud (CIS) hace referencia a la asociación entre países y/o sus instituciones públicas y privadas, encaminada a la movilización de recursos técnicos, mediante el intercambio del saber-cómo-hacer, las buenas prácticas y experiencias, así como [recursos] materiales y financieros con el propósito de alcanzar objetivos comunes en la búsqueda de la justicia social y la salud para todos (19).

Actualmente, la agenda de la CIS tiene un fuerte relacionamiento con el cumplimiento de los ODS, establecidos en la denominada Agenda 2030, con la cuál Colombia se comprometió; de allí que, desde una perspectiva global de salud, muchas de las acciones de la cooperación se centren en posibilitar el cumplimiento de estos objetivos “aumentando con ello la gestión de proyectos en la gobernanza global de la salud y reorientando el panorama de la gobernanza global de la salud.” (20)

¿Qué es un plan en el marco de la Cooperación Internacional?

⁷ Nota: Para una ampliación sobre la clasificación de la Cooperación Internacional se recomienda ver la Tabla 7 [9]. Modalidades de Cooperación de la ECRI, pág 41(16)

“Un plan es el concepto de planificación más general que define las políticas y estrategias de desarrollo que permiten transformar una situación. Se materializa a través de objetivos, estrategias, programas y proyectos sustentados con metas, instrumentos y recursos. El Plan se articula en programas y estos se conforman por proyectos.”(17)

¿Qué es planificación en salud?

La planeación del sector público es una herramienta importante para traducir las intenciones y políticas del gobierno en actividades sobre el terreno y generalmente toma dos formas amplias: primero, como una continuación del proceso de formulación de políticas, a través de una visión estratégica del sector a largo plazo, y segundo, como una herramienta de gestión diaria para la operacionalización de políticas a través de planes operativos a corto plazo, específicamente, se ha denominado la planificación en salud como “Un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido. Permitiendo así elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas; esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro” (21).

En Colombia, la planeación integral en salud está reglamentada por medio de la Resolución 1536 de 2015 y en materia normativa recoge lo establecido en la Ley 1438 de 2011, la Ley 1450 de 2011 e integra aspectos de la Resolución 1841 de 2013; a su vez define el proceso de planeación integral en salud como “el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS), bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad” (22). A nivel local, los PTS son el insumo fundamental para operativizar las acciones de política pública del nivel estratégico tanto a en términos de metas, objetivos y acciones como de recursos económicos.

6.2. ÁREAS Y TEMÁTICAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La presente guía articula prioridades presentadas en la ECRI 2022 y prioridades presentadas por el equipo de Gobierno del Presidente Gustavo Petro para la Presidencia de 2022-2026. Vale la pena destacar que la ECRI, apoyada desde Comunidades Saludables, “tiene el propósito de orientar de manera efectiva a los actores nacionales e internacionales, frente a las prioridades sectoriales de apoyo externo, basado en una gestión por resultados, con perspectiva, diferencial, territorial, intra e intersectorial” (16).

La siguiente tabla propone las prioridades consideradas relevantes en el ejercicio de trabajo en relaciones internacionales y cooperación.

Tabla 4. Prioridades ECRI y Prioridades gobierno 2022-2026

Área	Prioridades en demanda ECRI 2022	Prioridades Gobierno 2022-2026
1. Fortalecimiento del gobierno, gobernabilidad y gobernanza de la salud pública	<p>1.2. Fortalecimiento del Sistema de Gestión Territorial Integral de Salud Pública.</p> <p>1.4. Planeación Integral Territorial en Salud y Protección Social.</p> <p>1.5. Concertación de mesas territoriales para la promoción del mayor grado de bienestar y salud con apoyo de actores estratégicos nacionales e internacionales a nivel local.</p> <p>1.6. Fortalecimiento de los procesos de toma de decisión sectorial, intersectorial y ciudadana en salud y protección social.</p> <p>1.7. Fortalecimiento de las capacidades institucionales a nivel territorial en Salud Pública y Protección Social, incluyendo la implementación de políticas nacionales según las particularidades locales.</p> <p>1.8. Acceso y promoción de Cooperación en territorios que tradicionalmente no cuentan con apoyo externo.</p> <p>1.9. Formación comunitaria en salud</p>	<p>La organización del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará basada en las Redes Integrales de Servicios de Salud (Art. 13, LES), un Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia, organizado en y por los Territorios de Salud con el apoyo de unidades técnico-administrativas, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia de la atención en salud (Art. 4, Art.13, Art. 8, Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional).</p>
2. Gestión intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud y Agenda 2030	<p>2.1. Promoción y planificación de los Determinantes Sociales de la Salud y Objetivos de Desarrollos Sostenible de manera intersectorial para el bienestar y la salud pública a nivel nacional y territorial</p> <p>2.3. Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.</p> <p>2.4. Vivienda, agua y salud: garantía del saneamiento, higiene y acceso adecuado a agua limpia.</p> <p>2.5. Prevención, Vigilancia y Atención a Emergencias Sanitarias y Desastres</p> <p>2.7. Pobreza y Salud: Incluidas Necesidades Básicas Insatisfechas, estabilidad en los ingresos y situación económica.</p> <p>2.8. Educación y salud</p> <p>2.9. Salud sexual y reproductiva: Embarazo adolescente, mutilación femenina, educación, Necesidades Básicas Insatisfechas y salud.</p> <p>2.10. Acceso universal a atención reproductiva, planificación y educación.</p> <p>2.11. Acceso universal a los derechos en salud sexual y reproductiva.</p> <p>2.12. Salud nutricional incluida la seguridad alimentaria y nutricional y el derecho a la alimentación.</p>	<p>El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará orientado no solamente a la prestación integral de servicios (Art 8, LES), sino también al control de los riesgos de la salud y la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial (LES Artículo 9).</p>
3. Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud y Talento humano en salud	<p>3.1. Acceso efectivo a servicios y acciones de bienestar.</p> <p>3.2. Equidad en Salud.</p> <p>3.3. Salud Rural y Construcción de Paz. (campesinos, víctimas del conflicto, poblaciones reincorporadas y en proceso de reincorporación)</p> <p>3.4. Fortalecimiento e implementación de los componentes de salud y protección social de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET.</p> <p>3.5. Migración Venezolana.</p> <p>3.6. Salud con enfoque diferencial: Personas con discapacidad, personas mayores, infancia, adolescencia y juventud; hombres, mujeres y población LGBTQI+ desde un enfoque de género; habitantes de calle, personas privadas de la libertad.</p> <p>3.7. Etnicidad y Salud: Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras- NARP, Pueblos Indígenas y el Pueblo Rom o Gitano.</p> <p>3.10. Gestión en Salud Comunitaria y Familiar.</p> <p>3.11. Salud materna.</p> <p>3.12. Acabar con las muertes prevenibles de menores de 5 años de edad.</p> <p>3.14. Fortalecimiento de programas de tele salud a nivel territorial.</p> <p>3.15. Ampliación y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y de salud pública.</p> <p>3.16. Acceso a medicamentos, vacunas y diversas tecnologías en salud</p> <p>3.17. Fortalecimiento en infraestructura y dotación para la atención en salud a nivel nacional como territorial, tanto física como tecnológica.</p> <p>3.18. Fortalecimiento de los sistemas de urgencias a nivel territorial.</p> <p>3.19. Promoción y fortalecimiento del enfoque de APS en cobertura y calidad, desde la planeación territorial integral en salud pública</p> <p>3.15. Ampliación y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y de salud pública</p>	<p>Enfoque principal: El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará orientado no solamente a la prestación integral de servicios (Art 8, LES), sino también al control de los riesgos de la salud y la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial (LES Artículo 9):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poner al ser humano en el centro del Sistema de Salud - Acabar con la segmentación de la población según su capacidad de pago: garantizando igualdad de trato - Recuperar la rectoría y la autoridad sanitaria especialmente a nivel territorial - Aseguramiento social en salud - MODELOS DE GESTIÓN TERRITORIALIZADA, CONSOLIDAR ESTRATEGIA APS como guía del sistema - Financiación de servicios de salud en hospitales públicos que no sea por venta de servicios - Planificación de los servicios de salud según necesidades de la población en el territorio - Desarrollar política integral del talento humano en Salud - Mejorar las capacidades a nivel territorial, con Reforma a la ley de competencias y recursos <p>El Nuevo Sistema elaborará la Política Farmacéutica y de Evaluación de Tecnologías e Innovaciones en Salud (medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos), que actualizará bianualmente.</p>

Área	Prioridades en demanda ECRI 2022	Prioridades Gobierno 2022-2026
4. Gestión Integral del Riesgo en salud	4.3. Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS con enfoque territorial y diferencial. 4.4. Modelos diferenciales de atención en salud. 4.5. Mejorar los sistemas de alerta temprana para los riesgos a la salud mundial. 4.6. Producción de vacunas y comercialización. 4.7. Apoyo en el Plan Ampliado de Inmunización a nivel territorial. 4.9. Articulación en gestión colectiva e individual del riesgo. 4.10. Mejorar la capacidad de prevención y respuesta para atención de riesgos de salud pública. 4.11. Preparativos y respuesta en salud ante emergencias de tipo natural o antrópico. 4.12. Educación para la prevención de riesgos individuales y colectivos en salud pública. 4.13. Lucha contra la mortalidad y la morbilidad materna extrema. 4.14. Violencia Basada en Género e intrafamiliar.	
5. Gestión de la información y del conocimiento para la toma de decisiones en salud pública.	5.5. Datos masivos y analítica de datos: procesamiento de datos analítica y genómica 5.6. Transformación Digital: Salud digital y sistemas de información interoperables 5.7. Fortalecimiento de los sistemas de información a nivel territorial 5.8. Desarrollo de capacidades del talento humano para la transformación digital 5.9. Vigilancia Epidemiológica 5.10. Fortalecimiento de procesos y tecnologías en Laboratorios 5.11. Fortalecimiento de los sistemas reguladores basado en estándares internacionales 5.12. Trazabilidad de medicamentos e interoperabilidad de los sistemas	

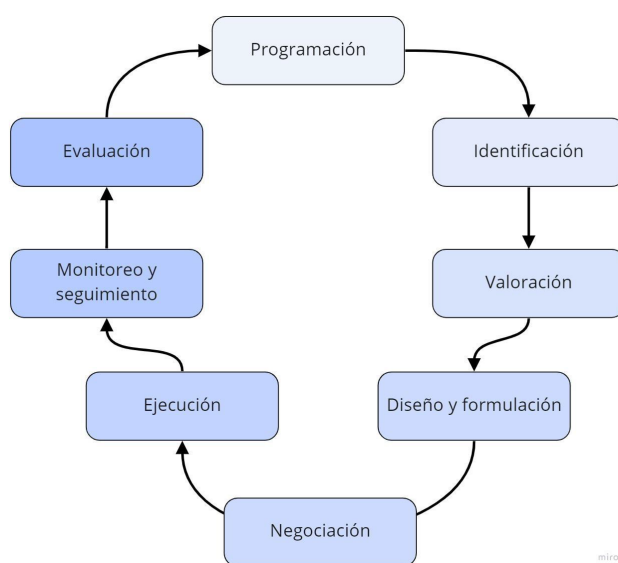
Fuente: Elaboración propia información ECRI 2022 y Agenda de Transición Democrática: otra Colombia es Posible (27). Presentaciones del Viceministro de Protección Social (28)

6.3. HERRAMIENTAS PARA LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS

6.3.1. Ciclo de Proyecto

El ciclo de proyecto es una herramienta que permite realizar la gestión de proyectos siguiendo un proceso sistemático, en el que se articulan los procedimientos de manera que se establezca la mejor estrategia para cumplir los objetivos trazados con los recursos asignados. En este ciclo se identifican ocho etapas esenciales que se deben seguir de manera secuencial para el desarrollo del proyecto (23, 24, 25). A continuación, se establece las características de cada una de estas etapas y su importancia en el ciclo de proyecto según la posición que ocupa en esta secuencia.

Figura 6. Ciclo de proyecto.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del manual de formulación con la metodología de Marco Lógico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011).

6.3.2. Marco lógico

El marco lógico es utilizado durante la preparación, ejecución y evaluación de proyectos o programas. Esta metodología permite presentar de una forma lógica y sistemática las relaciones de causalidad entre los objetivos del programa o proyecto, las actividades y componentes; por medio del desglose analítico, que a su vez orientan la solución de los problemas específicos. Se compone de dos ejes analíticos con un vínculo fuerte entre sí: la lógica vertical y la lógica horizontal. El primero busca asegurar que la totalidad de las razones se correspondan con las acciones que se consideraron al construir el programa o el proyecto para llegar a la solución del problema. Por otra parte, la lógica horizontal, se encarga de establecer una guía en la que se proporcione los indicadores para señalar si las acciones están alineadas con los objetivos, los resultados esperados y el uso racional de los recursos.

Para poner en marcha el marco lógico se debe llevar a cabo tres fases: 1) se realiza un diagnóstico sistémico en el que se establecen las causas-efecto del problema; 2) se desarrolla un modelo sistémico para buscar la solución del problema por medio de condiciones lógicas; y 3) se produce un instrumento gerencial en el que se establece la estrategia de solución e incorporan los indicadores de seguimiento y control para la gestión de la solución del problema

Diagnóstico sistémico y definición del problema

- Diagnóstico participativo de una situación problema:

Para el desarrollo del diagnóstico es importante definir el problema y el conjunto de factores que están presentes en el contexto que han impedido que se resuelva el problema. Facilitar este proceso requiere métodos participativos como lo son la lluvia de ideas y el “Panel de 360 grados”, reuniones en la que se

comparten las experiencias y perspectivas de los actores involucrados. La lluvia de ideas se debe orientar de tal manera que se llegue a respuestas precisas sobre las causas, síntomas, efectos y factores de la situación-problema. Después, en el panel se debe precisar sobre las relaciones de causa-efecto por medio de la pregunta ¿por qué? para ir construyendo una estructura de árbol de problemas.

- **Árbol de problemas:**

Durante el diagnóstico del problema se construye el árbol de efectos y el árbol de causas, que en conjunto forman el árbol de problemas. La construcción del árbol de efectos empieza por un primer nivel, dibujando un recuadro en el que se escribe la definición del problema, en el segundo nivel se dibujan otros recuadros encima de éste donde se describen los impactos y en un tercer nivel se detalla si estos impactos provocan otros sobre el medio, la economía y la comunidad. El Árbol de causas se construye de manera similar al anterior: en primer lugar, se anota el problema dentro de un recuadro, bajo este recuadro se especifican las causas más directas, en un segundo nivel, se identifican las causas de las causas más directas, y se sigue desarrollar más niveles hasta llegar a un nivel razonable para el diagnóstico del problema.

- **Árbol de objetivos para la solución:**

Para la formalización de esta estrategia se puede construir un diagrama en forma de árbol con base al árbol de problemas en el que se describan los pasos para llegar a la solución, este desglose analítico generalmente es llamado Árbol de Objetivos para la Solución. En este árbol se busca resolver el problema de manera integral, actuando sobre sus causas, de tal manera que sea solucionado por medio de la remoción de cada una de ellas. Se recomienda plantear una ruta para que las soluciones sean definidas por medio de mecanismos participativos en los que se involucre a la comunidad.

Modelo sistémico para solucionar la situación problema

- **Árbol de objetivos**

Se utiliza para definir las acciones y los compromisos de las instituciones pertinentes. Este árbol se basa en el Árbol del Problema, pero se realiza un cambio en cada uno de los enunciados propuestos en éste, se redacta de manera opuesta; donde había una carencia o algo estaba en mal estado, ahora existe y tiene un estado adecuado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que frecuentemente se presentan efectos o causas que no tienen una manifestación opuesta, o su manifestación opuesta no es la solución del problema; en estos casos es necesario revisar con detenimiento las otras causas del problema para así llegar a una solución lógica

Matriz de marco lógico e incorporación de indicadores de seguimiento

- **Transferir del árbol de objetivos a la matriz de marco lógico**

La construcción de la herramienta de gestión – Matriz de Marco Lógico (MML) – empieza con un enfoque en el marco institucional con relación al árbol de objetivos. Este marco establece el rango de libertad para la toma de decisiones con el fin de implementar una estrategia institucional y así dar solución a la situación-problema con base a los objetivos planteados.

Para hacer el proceso de traspaso de la información se debe tener en cuenta que por cada institución involucrada en el proyecto se debe realizar una MML. En el traslado primario, se registra bajo una lógica

horizontal la primera columna los compromisos de la institución u objetivos. En el traspaso secundario se registran los indicadores, y en el tercer traspaso los medios de verificación y los supuestos- relacionados con los compromisos institucionales de los otros participantes-.

- Identificar riesgos y establecer los supuestos del programa o proyecto

En esta matriz se formulan los supuestos en la cuarta columna, teniendo en cuenta que es la connotación positiva de los riesgos. Existen tres grandes grupos de supuestos: Supuestos A-C (acciones, condiciones o decisiones que deben suceder fuera del ámbito del programa para poder completar los componentes según lo planeado); Supuestos C-P (acontecimientos, condiciones o decisiones que tienen que ocurrir para que los componentes alcancen el propósito); Supuestos P-F (acontecimientos, condiciones o decisiones que tienen que ocurrir para que el programa contribuya al Fin); Supuestos a nivel de Fin (acontecimientos, condiciones o decisiones importantes para la sustentabilidad de los logros y beneficios generados en el programa).

- Validar lógica vertical de la matriz de marco lógico

La lógica vertical se refiere a la correspondencia entre los objetivos concatenados y las acciones orientadas a resolver la situación-problema. Según la CEPAL (23) esta lógica se resume en los siguientes enunciados lógicos: si la institución responsable ejecuta las Actividades previstas y se cumplen los Supuestos A-C, entonces se logran los Componentes; si se obtienen los Componentes y se cumplen los Supuestos C-P, entonces se alcanza el Propósito; si se alcanza el Propósito y se cumplen los Supuestos P-F, entonces se alcanza el Fin.

- Definir los indicadores para dar seguimiento a cada hipótesis del modelo de solución

Después de validar la lógica de la matriz, se realiza la incorporación de los indicadores, aquellos permitirán hacer un seguimiento periódico del comportamiento de cada suposición de la lógica institucional. El proceso que se lleva a cabo para definir los valores de los indicadores no se colocará en la MML sino en un documento adicional llamado el manual de operación. Las variables para calcular los valores de los indicadores pueden ser cualitativas o cuantitativas, no obstante, para el cálculo de aquellos se debe cuantificar lo cualitativo.

Es importante contar con un marco de referencia que permita categorizar los valores de cada indicador para así crear el sistema de indicadores. Este marco se construye por medio de una búsqueda exhaustiva de información veraz con relación a los datos obtenidos previamente en proyectos que con objetivos similares. Una vez sea constituido el marco de referencia, será utilizado como punto de comparación de los datos que fueron obtenidos en la evaluación de los indicadores del proyecto que está en curso, con el fin de derivar acciones basadas en conclusiones parciales con las que se llegan en esta comparación.

- Verificar los medios para establecer la confiabilidad de los indicadores

Para realizar el cálculo de los indicadores es importante contar con medios de verificación que puedan medirlos cada cierto tiempo. En la tercera columna de la MML se definen estos medios que deben ser contemplados en el diseño programa. Los datos deben de estar ubicados en un medio de acceso público.

- Validar la lógica horizontal de la matriz

Como último paso se valida la relación entre objetivos, indicadores y medios de verificación por medio de la lógica horizontal de la matriz. Esta lógica analiza si: cada nivel de objetivos cuenta con los indicadores necesarios para poder evaluar sus logros, los indicadores se desarrollaron de tal manera que sean de alta

calidad sin condicionantes que alteren los objetivos, se asocian metas de plazo a cada indicador, los medios de verificación son necesarios y suficientes para su cálculo y son de acceso público.

6.3.3. La labor del cooperante y, en ocasiones, del grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales: Formulación e implementación

El cooperante va a tomar el liderazgo en la formulación del proyecto en función de los recursos a los que va a aplicar, o los parámetros que se requieren para acceder a determinado monto de donación. Se sugiere que, durante el proceso, la Dirección Técnica y el Grupo e Cooperación y relaciones internacionales atiendan las solicitudes de información en los tiempos que el cooperante solicite.

El cooperante va a surtir una serie de pasos con el donante o en la aplicación a los recursos y requerirá ajustes de información, y, cuando toma más tiempo del esperado, ajuste en las variables e indicadores.

En caso de que se requiera de parte del Ministerio o de la Secretaría de Salud una contraparte financiera, se sugiere que ésta sea en tiempo de personal haciendo un cálculo por hora de trabajo de los funcionarios comprometidos con el proyecto.

6.3.4. Monitoreo

Una vez se ha avanzado en el proceso de formulación del proyecto, y principalmente contando con los indicadores, el monitoreo y seguimiento del proyecto dependerá de los logros y resultados alcanzados a partir de las líneas base propuestas en los indicadores. En este sentido, la selección de la línea base es fundamental para definir el curso del proyecto. Se sugiere, iniciar con una línea base con la que ya cuente el Ministerio o la entidad territorial.

6.3.5. Rol de las direcciones técnicas y las secretarías de salud



Las direcciones técnicas y las secretarías de salud deberían identificar experiencias de éxito y lecciones aprendidas que les ha permitido avanzar en los grandes retos que se han presentado en proyectos realizados anteriormente. De ser viable, se sugiere a estas entidades mapear aquellas experiencias que se consideran importantes con el fin de facilitar al Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales la identificación de los mismos para proyectos de intercambios de experiencias, principalmente para los que quedan en Memorandos de Entendimiento u otros instrumentos de cooperación bilaterales.

Dado que las direcciones técnicas y las secretarías de salud conocen mejor el territorio al que se destinará la cooperación, es papel de éstas, asegurarse que se articule claramente con las condiciones de los territorios; lo anterior incluye el involucrar a los actores pertinentes, monitorear el avance de trabajo, y, evaluar el nivel de compromiso de cada una de las entidades.

6.4. RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

- La rectoría de los procesos de cooperación es del MSPS, y en tal sentido, trabajar con el Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales de manera articulada y continua es vital.
- Avanzar en el desarrollo de un sistema de información que consolide los proyectos de cooperación activos y los archivos de experiencias pasadas.
- Estructurar una metodología de aprendizaje permanente o curso para ingreso de nuevos funcionarios que contengan lecciones de fortalecimiento de capacidades y trabajo con cooperantes
- Tener un punto focal dentro de las secretarías de salud que esté encargado del tema de cooperación internacional (llevar el mapeo de actores). Ese referente territorial establecerá un mecanismo de comunicación permanente con la dirección técnica y el enlace de cooperación internacional.
- Involucrar a la autoridad sanitaria del territorio objeto del proyecto en la etapa de formulación del mismo para asegurarse que se consideran las particularidades de dicho territorio en el proyecto.
- Se requiere proveer asistencia técnica a las secretarías y entidades descentralizadas para presentar, gestionar, e involucrarse en proyectos de cooperación. Sería importante que el Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales del MSPS brinde asistencia técnica a los territorios como lo hacen las otras direcciones técnicas con otras temáticas.
- Se sugiere un mayor involucramiento de la sociedad civil como actor clave y posible facilitador de procesos.
- Sugerir a los cooperantes que previo a la formulación de proyectos, contacten a las autoridades territoriales para entender mejor las circunstancias, necesidades, y particularidades del espacio donde se va a implementar.
- Buscar, que en el trabajo con migrantes, por ejemplo, no se discrimine a la población de acogida. Las acciones discriminatorias a favor terminan generando xenofobia y discriminación.
- Es ideal que exista un monitoreo y seguimiento del proyecto permanente. De hecho, una reunión quincenal o mensual, permite identificar cuellos de botella y mejores formas de avanzar.
- Es urgente poder contar con sistemas de información interoperables que permitan mejor y mayor claridad en datos. Es importante recordar a las agencias de cooperación e implementadores de los proyectos, la obligatoriedad de reportar la prestación de servicios.
- Se propone, que el Grupo de cooperación lidere evaluaciones basadas en resultados e impacto para medir la efectividad de los mismos.

- Para el caso de poblaciones migrantes se ha identificado un incremento importante de problemas de salud mental, y una ausencia de cobertura de servicios para niños y hombres por proyectos enfocados en mujeres y niñas.
- Sugerir a las agencias de cooperación mayores diálogos interagenciales teniendo en cuenta que el migrante puede estar siendo atendido por la misma agencia en diferentes países, y se puede hacer rastreo de los mismos.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio, teniendo en cuenta el análisis por unidad geográfica, las agrupaciones de salud mental, salud sexual y reproductiva, VIH, salud mental y paquetes de atención materno perinatal. Estas conclusiones y recomendaciones recogen los resultados del análisis mixto de información cuantitativa y las entrevistas realizadas y se organizan de acuerdo a los temas más relevantes abordados en el presente documento

Afiliación

- El primer reto es lograr la afiliación de esta población, cuyo porcentaje de afiliación sigue siendo bajo (45%). El segundo reto asociado al aseguramiento es la reducción de barreras en la atención impuestas por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, que para la población migrante generan una mayor dificultad; puesto que tienen que movilizar mayores recursos en términos económicos, sociales y culturales, para poder hacer efectiva la atención.
- La población migrante proveniente de Venezuela puede llegar con unas expectativas respecto a la forma en la que accedían a los servicios de salud en su país, ya que, según manifestaron algunos de los entrevistados, allá no enfrentan tantas barreras para la atención en salud.
- Es necesario complementar el marco normativo debido a que hay población migrante que no cumple con las condiciones para acogerse a las estipulaciones actuales para la regulación de su estatus migratorio y lograr un acceso rápido a los servicios de salud.

En la formulación del proyecto para acceder a proyectos de cooperación internacional se incluyó la problemática del flujo migratorio mixto en Colombia. Esto permitirá que las personas migrantes que no tengan acceso a una atención de calidad vía afiliación al sistema de salud, puedan acceder a un servicio de salud que pueda entregar paquetes de atención para salud mental y violencias basadas en género de acuerdo a las políticas nacional de salud mental y la política integral de prevención, atención al consumo de sus psicoactivas.

Priorización y financiamiento de recursos de la cooperación

- La priorización de la población migrante venezolana como una de las poblaciones clave en los procesos de postulación a subvenciones provenientes de cooperación internacional permite canalizar recursos específicamente para la atención oportuna de esta población.
- La fiabilidad de los datos es fundamental para poder tener insumos claros a la hora de tomar de decisiones en estrategias de migración y salud. El país ha avanzado en la información disponible de la atención en salud a la población migrante proveniente de Venezuela, puesto que los sistemas de información en salud disponibles como el RIPS, el Registro Único de Afiliación al Sistema de la Protección Social para el registro de Nacimientos y Defunciones (RUAF-ND), el SIVIGILA ya permiten tener la información disponible para el monitoreo y seguimiento de la población migrante a partir de la información capturada desde estos sistemas.

Articulación y diálogo entre autoridades y cooperantes

- Es importante empoderar a las entidades territoriales como actor formulador e implementador de los proyectos de cooperación, así como para el seguimiento y monitoreo de estos. Las organizaciones de la sociedad civil juegan un importante papel que está siendo desaprovechado debido al marco normativo que les exige certificarse como IPS para poder desarrollar este tipo de actividades.
- Es importante analizar como un todo el trabajo interagencial e intersectorial, dada la implicación de los determinantes sociales de la salud en los resultados en salud. Desde una perspectiva de salud pública y de salud global, se sabe que los buenos resultados en salud dependen de la confluencia de una serie de relaciones, factores y condiciones que determinan dichos resultados y que están más allá de la prestación de servicios en salud. Los Determinantes Sociales de la Salud implican el análisis e intervención conjunta de las diferentes áreas de la vida y que vistas desde una óptica relacional reflejan de mejor manera los resultados en salud. Las metas y actividades de prevención deben ser integradas en los planes de acciones colectivas locales, dado que el objetivo de la cooperación internacional es complementar la respuesta y apalancar las acciones que la componen mas no asumir la responsabilidad que tiene cada territorio. Este apalancamiento, además, abre la oportunidad de probar diferentes mecanismos y herramientas de manera que se tenga claridad acerca de qué acciones son las más efectivas. En ese sentido, se crea la posibilidad de hacer innovaciones y adoptar buenas prácticas en la prestación de servicios de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención a PVVS.
- Es importante involucrar a las organizaciones de la sociedad civil quienes juegan un papel fundamental en la comunicación y confianza con la institucionalidad (Secretaría de Salud, IPS, Empresa Promotora de Salud), y puede favorecer el entendimiento del sistema.
- Fortalecer los sistemas de información es vital para poder tomar mejores decisiones de políticas en salud y migración.
- Es fundamental que los implementadores y los cooperantes que prestan servicios y atención a población migrante, sigan las Guías de Práctica Clínica y acciones de medicina basada en la evidencia a la hora de establecer cualquier tipo de estrategia de prevención o atención.
- Una importante lección aprendida ha sido la articulación. Todos los entrevistados manifiestan su importancia porque su carencia ha significado un uso ineficiente de los recursos y de los tiempos para dar una mejor respuesta a la crisis humanitaria. Esto es particularmente importante en el territorio. El resultado más interesante de este proceso es la conformación y la institucionalización de una mesa dedicada exclusivamente al manejo de los temas de salud sexual y reproductiva en el departamento.
- Hoy por hoy está pendiente la transición al DTG, medicamento patentado que resulta muy costoso si se adquiere a precio colombiano. En ese sentido, se hace necesaria la incursión de herramientas normativas que den lugar a mecanismos que permitan la compra masiva de este medicamento.

Paquetes y medicamentos

- La integración de las atenciones por paquete, incluyendo acciones de prevención, puede resultar ser una oportunidad costo-efectiva.
- La integración de paquetes de atención en salud mental y violencia, por ejemplo, representa una oportunidad para implementar intervenciones más costo-efectivas y eficientes que aportan a una mejor calidad de vida a la población migrante.

8. REFERENCIAS

1. R4V. Refugiados y migrantes de Venezuela. [Página Web]. Actualizada, Marzo de 2022 disponible en: <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
2. Grupo Banco Mundial, State and Peacebuilding Fund. Migración desde Venezuela a Colombia. 2018;1–208.
3. Profamilia, OFDA-USAID. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. 2020. 1–136 p.
4. World Food Programme. Evaluación de Seguridad Alimentaria en Emergencias (ESAE) para población migrante de Venezuela y hogares de acogida de departamentos fronterizos. J Chem Inf Model. 2020;30.
5. Cordaro, F. Necesidades en salud de las migrantes venezolanas en Barranquilla. Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo. 2020;7(2). 29-43 DOI 10.21500/23825014.4948
6. Mesa-Melarejo L, Espinel M. Condiciones socio-sanitarias de las mujeres migrantes en situación de prostitución en el espacio fronterizo de Colombia-Venezuela. Doss CLACSO. 2020;V:0–23.
7. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Documento CONPES 3950. Bogotá, Noviembre de 2018
8. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Estrategia para la integración de la población migrante venezolana como factor de desarrollo para el país [Documento Borrador]. Departamento Nacional de Planeación. Borrador I I- 10/06/2022. Disponible en: https://www.cerlatam.com/wp-content/uploads/2022/06/2022-06-10-Documento-CONPES-Migracio%CC%8In_VDiscusio%CC%8Inciudadana.pdf
9. MSPS - OPS. Presentación del Cluster de Salud. Noviembre 2021
10. Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos. RMRP2022: Funding Update (2022). Disponible en: <https://www.r4v.info/es/node/88855>
11. Refugee and migrant response plan 2021. RMRP insight 2022. [Data Set] Disponible en: <https://www.r4v.info/es/node/88855>
12. Tapella, E. Rodriguez-Bilella, P. Sistematización de experiencias: una metodología para evaluar intervenciones de desarrollo. Revista de Evaluación de programas y políticas públicas. 2014(3):80-116.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Caracterización de los migrantes y retornados desde Venezuela a partir del CNPV-2018. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada. No. 5 (en línea). 2021.
14. GIFMM - Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos (2022). RMRP2022: Funding Update. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/node/88855>
15. RMPV (2022). Refugee and migrant response plan 2021. RMRP insight 2022. [Data Set] Disponible en: <https://www.r4v.info/es/node/88855>
16. Ministerio de Salud y Protección Social & USAID (2022) Estrategia de Cooperación y Relaciones Internacionales del Sector Salud y Protección Social (2022-2031). Colombia.
17. APC – Agencia Presidencial para la Cooperación Internacional, Colombia (2012). Manual De Formulación De Proyectos De Cooperación Internacional. Disponible en: https://ccong.org.co/files/126_at_Manual%20de%20Proyectos%20Version-Final-010812.pdf
18. Acción Social (2006). Manual de Formulación de Proyectos de Cooperación Internacional. Primera Edición.
19. Martínez-Cruz, Evelyn (2021). La cooperación internacional en salud, su desarrollo y relación con el Sistema Nacional de Salud. Revista de Información científica para la Dirección en Salud.

- INFODIR. No. 34-2021: [Internet]. Disponible en:
<http://portal.amelica.org/ameli/journal/445/4452617006/html/>
20. Santos Domínguez, Adela. (2018) La cooperación internacional en salud de México: vinculación con la Unión Europea. *Rev InterNaciones*. Año 5, núm. 14, Mayo-septiembre 2018.
 21. Pineault, r & Daveluy, C. *La Planificación Sanitaria* 2da. edición. Ed. Masson, España, 1990.
 22. Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Metodología para el monitoreo y evaluación de los Planes Territoriales de Salud. Medición del desempeño de la gestión territorial en Salud en la Entidad Territorial*.
 23. CEPAL, Aldunate, Eduardo y Córdoba, Julio (2011). *Formulación de programas con la metodología de marco lógico*. Santiago de Chile
 24. Comisión Europea (s/f) *Manual de Gestión del Ciclo de Proyecto*.
 25. González, Lara (2007) *Guía para la gestión de proyectos de cooperación al desarrollo*. Antioquia, Colombia.
 26. Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial-- ENTerritorio, & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud--IETS. (2021). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en personas adultas, gestantes y adolescentes*. Ministerio de Salud y Protección Social.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>
 27. Santana Rodríguez, Pedro (coordinación académica y editorial). *Agenda de Transición Democrática: otra Colombia es posible*. 2022. En: <https://corpsur.b-cdn.net/wp-content/uploads/2022/04/Agenda-de-Transicion-Democratica-otra-Colombia-es-Posible.pdf>. Capítulo: Propuesta de Reglamentación y desarrollo de la ley estatutaria 1751 de 2015 para la garantía del derecho fundamental de la salud. Pg. 94- 175.
 28. Colegio Médico Colombiano. *Reforma al sistema de salud en el nuevo gobierno, desde la visión de los prestadores públicos* En: <https://youtu.be/pm8ZrECaMXo>