



Construyamos nuevos
paradigmas de

Salud y

Protección Social



Salud y Protección Social



Participantes de las mesas

Mesa 1

Ana María Piñeros
Beatriz Londoño
Camila Ronderos
Daniel Gómez
Daniel Uribe
Ernesto Urdaneta
Hugo Cárdenas
Lina María González
Luis Carlos Ortiz
María Helena Restrepo
Marta Royo
Orlando Jaramillo
Pablo Otero
Soraya Montoya

Rectora Fundación Universitaria Juan N Corpas
Exministra de Salud y Exembajadora de Colombia en Ginebra (Suiza)
Directora Fundación Keralty
Coordinador Estrategia de Salud, Fundación Santo Domingo
Director Ejecutivo Fundación Corona
Director (E) Departamento de Promoción Institucional Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Decano Facultad de Medicina Universidad El Bosque
Líder de Salud y Bienestar de la Fundación Saldarriaga Concha
Director Ejecutivo ASCOFAME
Profesora Asociada Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario
Directora Ejecutiva Profamilia
Experto en Salud y Protección Social
Gerente General EPS SURA
Directora Ejecutiva Fundación Saldarriaga Concha

Mesa 2

Alberto Amaya 
Carmen Elisa Núñez
Diana Méndez
Galo Viana
Gerardo Arturo Medina
Juan David Escobar
Juan Pablo Rueda
Luis Fernando Durango
Luis Fernando Orozco
Luis Jorge Hernández
Marlon Tejedor
Sergio Mejía
Yaneth Giha

Gerente de Asistencia Médica Fundación Bolívar Davivienda
Gerente Senior, Economía de la Salud Johnson & Johnson
Jefe Especialización Gestión del Talento Humano Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Gerente Mutual SER EPS
Subdirector Centro de Formación de Talento Humano en Salud - SENA
Presidente Seguros Sura Colombia
Presidente EPS Sanitas
Ejecutivo de Política de Salud de Roche
Director Healthcare Shaping Chapter en Roche
Director de Maestría de Salud Pública Universidad de los Andes
Market Access Leader BD Colombia
Director de Desarrollo Institucional Instituto Roosevelt
Ex Ministra de Educación

Mesa 3

Andrés Barragán
Darío Londoño
Enrique Peñalosa
Gabriel Mesa
Gloria Prado
Jaime González
Jorge Rojo
Luis Gabriel Bernal
María Luisa Latorre
Miguel Uprimny
Néstor Rodríguez

Director de Salud Compensar
Director Salud Poblacional Fundación Santa Fe
Director de la Escuela de Salud Pública de la U Javeriana
Gerente EPS SURA
Secretaría de Salud del Chocó-Consultora Nacional-Chocó OPS/OMS
Presidente Coosalud EPS
Gerente de Salud Profamilia
Exdirector de Talento Humano del Ministerio de Salud
Directora de la Maestría en Salud Pública Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Experto en Salud y Protección Social
Exdirector de Compensar

Participantes de las mesas

Mesa 4

Camilo Arenas
Carlos Humberto Arango
Claudia Vacca
Héctor Rueda
Jairo Humberto Restrepo
José Ignacio Zapata
Julio Rincón
Lina María Castaño
Luis Alejandro Gómez
Luis Fernando Álvarez
María Helena Castillo
Olga Lucía Acosta
Tatiana Andía

Gerente Asuntos Corporativos Boston Scientific
Asesor en políticas públicas en salud de la Federación Nacional de Departamentos
Docente Universidad Nacional – Directora Centro de Pensamiento Medicamentos, Información y Poder
Investigador Instituto de Salud y Ambiente de la Universidad El Bosque
Coordinador Grupo Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia
Director General Instituto Roosevelt y Fundación Teletón
Director COSESAM
Gerente de proyectos de investigaciones Profamilia
Director Maestría Salud Pública Universidad El Bosque
Exmagistrado Corte Suprema y Consejo de Estado
Directora de Asuntos Gubernamentales Johnson & Johnson
Oficial a cargo Dirección CEPAL
Profesora Asociada y Directora Escuela de Posgrados en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de los Andes.

EQUIPO ASÍ VAMOS EN SALUD

Alejandra Bastos
Augusto Galán
Cristian Acevedo
Daniela Arango
Ingrid Rivera
Juan Sebastián Burgos
Juan Sebastián Gómez
Mariángela Chávez
Nohora Benavídez
Rafael Cano

Coordinadora de Comunicaciones
Director Así Vamos en Salud
Analista de investigaciones
Consultora
Analista de investigaciones
Consultor
Analista
Coordinadora de Política Pública
Coordinadora de Información
Analista

Tabla de Contenidos

Agradecimientos	6
Introducción	7
Metodología	10

Capítulo 1

Personas familias y comunidades

Introducción	13
Promoción del autocuidado	18
Conectividad	22
Articulación Intersectorial	24
Información	26
Regulación	28
Educación	29
Participación Social	31
Recomendaciones	34
Promoción y prevención de salud en comunidades integrales	34
Tecnologías de la información y la comunicación en el sgsss	37
Articulación intersectorial para la investigación y comunicación	40
Investigación para promover el enfoque intersectorial	41
Desarrollo normativo para la garantía en salud de la población	43
Convenciones Capítulo 1	45

Capítulo 2

Gobernanza, institucionalidad y participación social

Introducción	47
La gobernanza entendida como la coordinación entre los distintos niveles de Gobierno enmarcada en la descentralización del Sistema de Salud.	48
La intersectorialidad entendida como la coordinación e interacción entre los actores institucionales para lograr acciones que buscan el desarrollo social	50
Recomendaciones	55
Gobernanza multinivel	55
Fortalecimiento de la descentralización en salud	58
Coordinación intersectorial	59
Agenda internacional en salud	60
Convenciones Capítulo 2	61

Capítulo 3

Recursos y desarrollo sustentable y sostenible

Equidad y conectividad de los recursos económicos, capital humano e infraestructura	63
Problemáticas en la estructura financiera del sistema de salud	66
Infraestructura y Conectividad	71
Insuficiencia de los recursos e inequidades en la distribución	73
Necesidad de un modelo de conectividad entre los territorios para suplir la demanda:	76
Carencia de una política nacional de recursos tecnológicos e infraestructura en salud	78

Capítulo 3

Recursos y desarrollo sustentable y sostenible

Recurso Humano o Capital Humano	78
Mapas de Recomendaciones	83
Recomendaciones	88
Financiamiento del SGSSS	88
Infraestructura y conectividad	91
Capital humano – definición del perfil profesional	94
Capital humano – descentralización del THS y la formación	96
Capital humano – regulación, modelos de contratación e incentivos laborales	98
Convenciones Capítulo 3	100

Capítulo 4

Condiciones iniciales y resultados en salud pública

Introducción	102
Resultados en salud a partir de la disponibilidad de recursos	102
Elementos críticos de la atención primaria en salud como eje causal de los resultados en salud pública	109
Recomendaciones	112
Cobertura sanitaria universal	112
Impulsar el uso de tics como una herramienta poderosa para potenciar acceso a los servicios en salud	115

Intensificar la educación en la salud y la participación social en la salud y la participación social **116**

Mejorar la atención y prestación de servicios en salud a partir de un esquema de incentivos **117**

Incidir en los resultados y determinantes en salud a través de la acción intersectorial **118**

Dignificar la vida de la población rural **119**

Convenciones Capítulo 4 **120**

Capítulo 5

La experiencia con el sistema de salud
Perspectivas de la sociedad civil

Introducción **122**

Acceso a la salud y desarrollo social: **124**

Gasto de bolsillo, perspectivas sociales y culturales: **128**

Educación para la salud con enfoque territorial: **135**

Conclusiones **143**

Bibliografía e Índice Gráfico

Bibliografía **145**

Capítulo 1 **145**

Capítulo 2 **146**

Capítulo 3 **147**

Capítulo 4 **152**

Capítulo 5 **154**

Índice de Gráficos **155**

AGRADECIMIENTOS

El Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud es el fruto de la acción coordinada de varios aliados: las fundaciones Santa Fe de Bogotá, Corona, Saldarriaga Concha, Bolívar Davivienda, también Profamilia, Instituto Roosevelt, EPS Sura, Productos Roche S.A., Universidad El Bosque, Keralty, Coosalud EPS, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Compensar, Boston Scientific y Fundación Santo Domingo.

Mención especial de agradecimiento a Janssen Cilag por su aporte al desarrollo del Proyecto “Construyamos Paradigmas de Salud y Protección Social”, este documento ha sido posible gracias a su apoyo.



INTRODUCCIÓN

La Constitución colombiana de 1991 incorpora en su capítulo segundo los derechos económicos, sociales y culturales, varios de los cuales son así mismo reconocidos como fundamentales para el individuo. La familia es definida como el núcleo primordial de la sociedad y esta última, al igual que el Estado, garantiza su protección integral.

La Carta Magna también establece que la mujer y el hombre poseen iguales derechos y oportunidades y que los niños son sujetos de derechos fundamentales: a la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad; a tener una familia y no ser separados de ella, al cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Junto a ello, el adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral y el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. Además, al Estado le corresponde adelantar políticas de amparo, rehabilitación e integración social de las poblaciones en condición de discapacidad física, sensorial o cognitiva.

De manera análoga, la Constitución define la seguridad social, la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos obligatorios a cargo del Estado y sujetos a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Le corresponde al Estado establecer las políticas con participación de los particulares para ampliar la cobertura de estos servicios y asegurar la prestación equitativa de los mismos en el marco de competencias y recursos descentralizados con reconocimiento de las autonomías territoriales y con el deber de toda persona de procurar el cuidado de su salud y el de la comunidad.

La Corte Constitucional ha reafirmado en diversas sentencias el criterio fundamental del derecho a la salud en las cuales ha reconocido que el mismo no es absoluto y se halla sujeto al establecimiento de límites por vía democrática teniendo en consideración la dignidad de las personas, las condiciones socioeconómicas de estas, así como las capacidades financieras del Estado. Además, señala la necesidad de desarrollar el principio de progresividad equitativa en el acceso al disfrute del derecho. Colombia estableció una Ley Estatutaria para la Salud que ratifica y despliega estas consideraciones y se encuentra en la actualidad en proceso de implementación.

Este bloque de constitucionalidad correspondiente al Capítulo II de nuestra Carta Magna, se halla acorde con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al cual Colombia adhirió y comprometen elementos esenciales para el crecimiento físico, emocional y social de los ciudadanos con el cual se proponen alcanzar sus condiciones de bienestar.

El bienestar y la salud se comprenden entonces a partir de la asociación que existe entre el ser humano y su entorno bioético. Este último es entendido como la relación intersectorial entre el desarrollo económico, las nuevas tecnologías, el entendimiento del marco geopolítico, las instituciones democráticas y la interacción comunitaria. En este sentido, los derechos fundamentales y sociales del hombre, entre ellos la salud, exigen un amplio marco político intersectorial y progresivo para hacer eficaz su garantía. Para lograrlo, entre otros aspectos, el Estado debe fijar objetivos y metas, definir prioridades, regular mercados, generar y distribuir recursos, asegurar servicios, en el entorno de una gobernabilidad y una gobernanza descentralizadas que requieren coordinación y complementariedad entre diferentes sectores sociales públicos y privados.

A pesar de que todavía persiste la necesidad de constituir y consolidar un marco de desarrollo integral, en las últimas décadas se ha adelantado un enfoque multidimensional del bienestar. Dicha aproximación, se ha valido de la definición de propósitos comunes, primero con los Objetivos del Milenio para 2015, los que evolucionaron en la época más reciente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, que se constituyen en un plan de acción holístico a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, concentrado sobre los pilares sociales, económicos, culturales y ambientales. En este orden de ideas, el bienestar del individuo se constituye en el eje articulador y el marco analítico de los cambios necesarios para los sistemas de salud, lo que al mismo tiempo reafirma la necesidad de enmarcar la salud en un enfoque superior, en el campo de la Protección Social más integral.

Dentro de este campo, el objetivo primordial del Estado y los actores del ecosistema del bienestar es integrar, proteger y mejorar las trayectorias vitales de las personas mediante el enfoque intersectorial. Dicho lo anterior, este acercamiento comprende acciones conjuntas estatales, del sector privado y de la sociedad civil para impactar de forma positiva la salud y el bienestar de los individuos, lo cual tiene como base dos elementos constitutivos como son el cuidado y el autocuidado.

En la búsqueda de este propósito, el Sistema de Protección Social en Colombia ha atravesado por diferentes etapas en la época reciente. Al inicio del siglo XXI, se propuso reducir la dispersión de los programas asistenciales orientados a la población que no contaban con la cobertura tradicional de la seguridad social que se hallaba asociada a los mercados formales de trabajo. Con el tiempo, se ha consolidado un enfoque más promocional que ha buscado, sin éxito suficiente, construir rutas para que la población carente de protección supere sus limitaciones y pueda acceder a los mecanismos más formales de aseguramiento en sus diferentes facetas.

Además de las propuestas de los gobiernos, se han presentado otras aproximaciones relevantes desde una perspectiva más amplia de la protección social. En este caso, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha enfatizado la visión del mercado laboral, con sus componentes de aseguramiento y asistencia social en la dinámica que, a mayor empleo formal se presenta menor necesidad de asistencia, así como a menor empleo existe mayor necesidad de ayuda (Guerrero C., 2006).

Entre 2006 y 2014, se consolidó el concepto de la Protección Social desde la perspectiva del enfoque de derechos. Se pasó de la asistencia a la promoción o transformación social. Esta construcción gradual de la visión de sistema de protección integral puede sintetizarse en algunos hitos no exentos de tensiones:

- I. La universalidad, en cuanto el sistema pretende cubrir a toda la población bajo ese enfoque de derechos. Lo que no significa uniformidad en los instrumentos y en los alcances de la protección.
- II. El tránsito de la concepción de los programas asistenciales/remediales a una orientación promocional de los mismos.
- III. Los desafíos de una visión más integral y coordinada de las intervenciones del sistema.
- IV. La tensión para la financiación entre prestaciones contributivas y asistenciales.
- V. La protección social incorpora la salud, la educación, el mercado laboral y del trabajo, los niveles de ingreso digno, la alimentación, la vivienda, el agua, el medio ambiente, la cultura, los riesgos laborales, la asistencia social en los cuidados y la protección en la vejez.

No obstante, persiste un vacío teórico y práctico sobre la implementación de la Protección

Social en correspondencia con el desarrollo del Sistema de Salud colombiano. En este orden de ideas, Así Vamos en Salud se ha propuesto como objetivo revisar aspectos del enfoque actual de la estructura del Sistema de Protección Social y analizar algunos de los resultados en salud más relevantes, esto con el propósito de reavivar la necesidad de una mejor organización de estos sistemas, con miras a una atención y amparo integral para todos los ciudadanos del país.

Con estas orientaciones, el presente documento de resumen de política pública contiene el análisis de cuatro grandes campos:

- I. El primero, trata la recapitulación del individuo como eje central del Sistema de Salud y Protección Social, estudiado a partir de su relación con la comunidad, la estructura político-administrativa y la conciencia de autocuidado.
- II. El segundo, resalta el actual sistema de gobernanza, gobernabilidad e institucionalidad político-administrativa como el eje encargado de regular y organizar la estructura del Sistema de Salud, pero al mismo tiempo como el elemento transversal a la hora de formular políticas públicas.
- III. El tercero, busca contrarrestar la satisfacción e incremento de las necesidades en salud con respecto a la finitud de los recursos, tanto financieros, como humanos y de infraestructura, a la par de manifestar el requerimiento urgente por una redistribución progresiva de los mismos.
- IV. Por último, el cuarto busca ahondar en la capacidad de acción del SGSSS medido a través de indicadores en salud pública que reflejan la eficacia de las actividades implementadas en los territorios.

Metodología

Con el propósito de revisar el concepto de protección social dentro del ordenamiento vigente del Sistema de Salud, el centro de pensamiento Así Vamos en Salud-AVS se ha dispuesto a la tarea de analizar el tema desde diferentes perspectivas.

En primer lugar, AVS diseñó una metodología de investigación participativa, en la cual diferentes actores involucrados con el ecosistema de salud y cuidado se congregaron en conjunto a debatir las diferentes posturas frente a esta preocupación.

En este orden de ideas, se convocaron 61 representantes (policy makers y stakeholders) de sectores como academia, sociedad civil, asociaciones gremiales, ex funcionarios del gobierno, representantes de prestadores de servicios y aseguradoras, entre otros. La selección de estas personas se hizo a partir de tres criterios:



Experticia

Esta categoría se encargó de garantizar que el participante contará con un extenso bagaje profesional en el campo de la salud, educación, economía, política o protección social. En general, los participantes demostraron tener experiencia tanto pública como privada en el tema.



Conocimiento técnico

Por medio de este criterio de selección, AVS buscó garantizar que los participantes contarán con un conocimiento técnico riguroso en el tema, para de esta forma lograr participaciones sustentadas en el conocimiento previo y la evidencia.





Voluntad

La participación de los expertos fue voluntaria; de esta manera AVS no incurrió en ningún tipo de contrapartida. La participación ad honorem garantizó la independencia del experto y también del Centro de Pensamiento.

Tras hacer la selección de los integrantes del proyecto, Así Vamos en Salud conformó cuatro mesas de trabajo, determinadas a partir de temáticas específicas. Estos temas fueron consensuados a partir de dos reuniones plenarias con todos los integrantes convocados. Las secciones se configuraron a partir de 10 a 12 integrantes, más un equipo técnico de AVS. Las mesas de trabajo y discusión fueron las siguientes:

- Personas, familias y comunidad
- Institucionalidad y gobernanza
- Recursos y desarrollo sustentable y sostenibles
- Condiciones iniciales y resultados en salud pública

Dada la conformación de los equipos, Así Vamos en Salud implementó sesiones de trabajo y debates virtuales para cada una de las mesas con duración de tres horas cada una. Se efectuaron 6 encuentros de las mesas. Para ello, se implementó una metodología mixta basada en la participación virtual y por medio de la manifestación de ideas verbales y escritas. Esto se hizo efectivo gracias a un tablero para el cual los participantes expusieron sus puntos de vista e ideas, que de forma posterior se debatieron en espacios de conversación.

De forma paralela a las discusiones de las mesas, el equipo de AVS se concentró en hacer una extensa y vasta revisión de literatura sobre el tema, esto con el fin de construir un sólido estado del arte. A lo largo de estas reuniones y recolección de insumos.

Por otra parte, Así Vamos en Salud evidenció la necesidad de dialogar con actores que no estaban representados de forma directa en las plenarias, por tal motivo se implementó una estrategia de análisis cualitativo para entrevistar a personas y grupos representantes de la sociedad civil de diferentes regiones del país.

En consecuencia, se seleccionaron los siguientes grupos:

- I. Grupos vulnerables:** migrantes, LGTBI, población en condición de discapacidad
- II. Grupos minoritarios:** indígenas y afrodescendientes
- III. Grupos víctimas del conflicto:** víctimas y victimarios del conflicto armado interno
- IV. Grupos representantes de intereses de la sociedad civil:** grupos de pacientes

Tras dicha selección, se diseñó una entrevista semiestructurada básica (comprendida como una matriz base) para todos los grupos, con la cual profundizó en cuatro grandes módulos. La vía de aplicación fue a distancia por medio de teleconferencia, los módulos fueron los siguientes:

- **Módulo I:** conocimiento sobre la estructura y funcionalidad del Sistema de Salud
- **Módulo II:** conocimiento sobre derechos y deberes con el Sistema de Salud
- **Módulo III:** costos en los territorios por el acceso a servicios
- **Módulo IV:** realidades del acceso a la salud en los territorios, atención diferenciada
- **Módulo V:** educación sobre salud y espacios de diálogo

1

Personas, Familias y Comunidades



Capítulo 1

CAPÍTULO 1

En 1948, por medio de la Resolución 217 A (III), la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró por primera vez los Derechos Humanos. Desde entonces, se establecieron para todas las personas los derechos a la dignidad humana a través de la delimitación del poder ejercido por el Estado y de la adopción de medidas que garantizaran el desarrollo de condiciones óptimas para gozar de una vida digna tanto a nivel individual como en comunidad (ONU, 2016). En ese sentido, se establecieron las libertades humanas sin distinción de raza, sexo, idioma, religión o posición política.

En principio, la declaración de los Derechos Humanos se hizo de manera general, sin especificaciones sobre ciertos aspectos particulares de las poblaciones como la economía, las condiciones sociales o las ideologías políticas. Sin embargo, con el tiempo, se encontró que la dignidad y las libertades humanas comprenden diferentes dimensiones, por lo cual se diseñaron las esferas de los derechos económicos, sociales y culturales.

Es entonces cuando se constituye el derecho a la salud a partir de tres funciones: respetar, proteger y cumplir (ONU, 2016, 35). Tras estos pilares la Organización Mundial de la Salud en su Constitución afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS, 2009). A su vez, el establecimiento del derecho fundamental a la salud en Colombia también pasó por distintas etapas para lograr afirmar el concepto jurídico que representa actualmente.

La Constitución Política de 1991 en sus artículos 48 y 49 establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado (Constitución Política de Colombia, 1991). Sin

embargo, para ser considerada como derecho fundamental en el país, la salud tuvo que surtir un bloque de constitucionalidad complementado por la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y la Ley 1751 de 2015.

Ahora bien, una vez establecida como derecho fundamental, la salud en Colombia enfrenta nuevos desafíos. El más importante de ellos es el concepto de *facto de la salud* incorporado en la idiosincrasia colombiana que está orientado principalmente a la cura y no a la prevención de la enfermedad.

Por lo anterior, en este capítulo el objetivo de AVS y de esta Mesa de Trabajo denominada Personas, Familias y Comunidades (la Mesa) es aportar una reflexión sobre la concepción de salud que se tiene en Colombia y con esto, contribuir en la búsqueda de acciones que permitan construir un pensamiento holístico de la salud basado en la noción del bienestar, la intersectorialidad y la prevención con planteamientos sencillos y concretos, con los cuales se agilicen los procesos. Esta aproximación se aleja de la búsqueda teórica o simplista de los derechos humanos, pues le apuesta a una visión innovadora que ubica al individuo en el centro de un ecosistema planteado por la Mesa, donde todas las acciones y esfuerzos de los actores que lo conforman deben estar orientados a buscar el bienestar máximo del individuo y su comunidad. Si bien el individuo es el centro de la acción, la Mesa consideró que el individuo debe ser parte activa del cambio en su entorno, principalmente en su comunidad. Los cambios tienen gran factibilidad de hacerse y permanecer en el tiempo. Si los individuos y actores empoderan a la comunidad, con ello las personas, familias y grupos sociales pueden ser conscientes y perseverantes en la generación de un interés compartido para ganar el poder de abordar los determinantes que impactan en su salud.

A su vez, la Mesa también plantea unos temas de estudio priorizados, a partir de las líneas estratégicas de acción del Modelo de Atención Integral – MAITE, que estarán plasmadas en una matriz de “operativización” que supere barreras geográficas y el centralismo de las decisiones, donde también se establecerán las relaciones entre los actores involucrados por cada uno de estos temas. Finalmente, se formulará una serie de recomendaciones para poder acercar a la práctica el ejercicio propuesto anteriormente, teniendo en cuenta que varias de ellas pueden ser ejecutables en el corto plazo.

De igual forma es necesario resaltar el empoderamiento comunitario en salud; como un proceso donde las personas, y grupos sociales son conscientes y perseverantes en la generación de un interés compartido para ganar el poder de abordar los determinantes que impactan en su salud. La literatura demuestra que la acción comunitaria ha sido capaz de desarrollar transformaciones y mejoras en salud que se mantienen en el tiempo, entendiendo como factor clave para este empoderamiento la facultad de movilizar recursos que garanticen el papel de los actores en la autogestión comunitaria y su vínculo con la intersectorialidad (Laverack, 2006). Desarrollando la autogestión comunitaria se da apertura para la participación en el análisis de sus problemáticas, la elaboración del diagnóstico y el diseño de estrategias que potencialicen sus habilidades en la búsqueda de soluciones y de la gestión del riesgo en salud.

Cutler, Deaton y Lleras-Muney (2006) establecen dentro de los principales determinantes de la mortalidad, el nivel de ingresos, la nutrición, el hacinamiento urbano, la salud pública y la medicina. Por supuesto, el último determinante mencionado es de gran importancia, pero no previene en su totalidad los problemas de morbilidad y mortalidad que afectan principalmente a la población infantil a las mujeres y a grupos étnicos, asunto que conlleva consecuencias negativas en el desarrollo económico y social de estos individuos y, en general, de toda la población.

Al observar con mayor detenimiento la atención en salud en Colombia, es posible resaltar que persisten algunas dificultades por resolver. En principio, una persona disfruta de una atención en salud completa cuando hay universalidad en el acceso y, además, esta atención es de calidad, oportuna, continua y reconoce la diversidad cultural y regional. No obstante, en la mayoría de las regiones del país no ocurre esto: la atención en salud es inequitativa, con calidad deficiente, fragmentada en la configuración de la prestación.

La Resolución 2626 de 2019 plantea la adopción del Modelo de Atención Integral – MAITE que busca incorporar los desarrollos obtenidos a través del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, aunado con la formulación acciones y políticas en salud desde los territorios y sus necesidades, enfocado en las personas, familias y comunidades para así poder aportar al cierre de las brechas en atención integral en salud entre regiones y dentro de ellas.

Al enfocarse en un concepto más amplio de salud, el modelo MAITE pretende orientar no solo la gestión de los integrantes del sistema de salud, sino también de todas las entidades que estén relacionadas con la promoción y atención en salud en los territorios para responder a las necesidades de las poblaciones que allí se encuentran. El conjunto de acciones de este modelo se proyecta sobre los componentes del MIAS, el cual propone ocho líneas de acción **(Tabla 1)**.

Como se mencionó anteriormente, la implementación del MAITE está orientada a responder las necesidades y expectativas de salud de las poblaciones en sus territorios. Desde la Mesa Personas, Familias y Comunidades de Así Vamos en Salud se identificaron quince temas priorizados en salud, organizados en siete grupos, que pueden alinearse con las líneas de acción del MAITE. **(Tabla 2)**

MIAS	MAITE
Caracterización poblacional	Aseguramiento
Rutas Integrales de Atención en Salud	Salud Pública
Gestión Integral del Riesgo en Salud	Aseguramiento
Delimitación del Modelo MIAS	Gobernanza
Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud	Prestación de Servicios
Redefinición del Rol del Asegurador	Aseguramiento
Redefinición Esquema de Incentivos	Financiamiento
Requerimientos de los Sistemas de Información	Transversal
Fortalecimiento del Talento Humano	Talento Humano

Tabla 1. Modelo de Atención Integral en Salud MIAS y Modelo de Atención Integral MAITE

Grupos de Temas Priorizados. Mesa 1	Líneas de Acción – MAITE
Promoción del Autocuidado	Salud Pública, Talento Humano en Salud
Conectividad	Prestación de Servicios, Enfoque Diferencial
Articulación Intersectorial	Intersectorialidad
Información	Salud Pública, Enfoque Diferencial
Regulación	Gobernanza
Educación	Intersectorialidad, Financiamiento, Aseguramiento
Participación Social	Gobernanza

Tabla 2. Relación entre temas priorizados por la Mesa 1 – Personas, Familias y Comunidades con las líneas de acción del Modelo de Atención Integral y Territorial – MAITE.

El inicio de este proyecto plantea analizar el ecosistema del Sistema de Salud y cómo el individuo se encuentra en el epicentro de todas las decisiones y acciones de los diferentes grupos de actores. A su vez, Así Vamos en Salud ha ido un paso adelante, encontrando el área de influencia y efectividad de las relaciones entre los agentes a partir de proyectos ya establecidos, como es el MAITE, MIAS y la Política de Talento Humano en Salud. Es fundamental entender al talento humano como un factor indispensable para activar la operación, y está ocurriendo el caso de profesionales que prefieren emigrar por facilidades en el acceso a residencias médicas o mejores pagos. El bajo número de plazas y la

ausencia de un plan de retención de los profesionales está afectando la operación de estos modelos.

El ejercicio continúa con la propuesta de los actores del ecosistema y las relaciones que sostienen para poder llevar a cabo los planes propuestos en los temas priorizados propuestos por la Mesa Personas, Familias y Comunidades. En el **(Gráfico 1)** se presenta el ecosistema mencionado, en donde los actores involucrados en el sistema de salud colombiano se ubican de manera más cercana dependiendo de la similitud de sus funciones, intereses y comunicación.

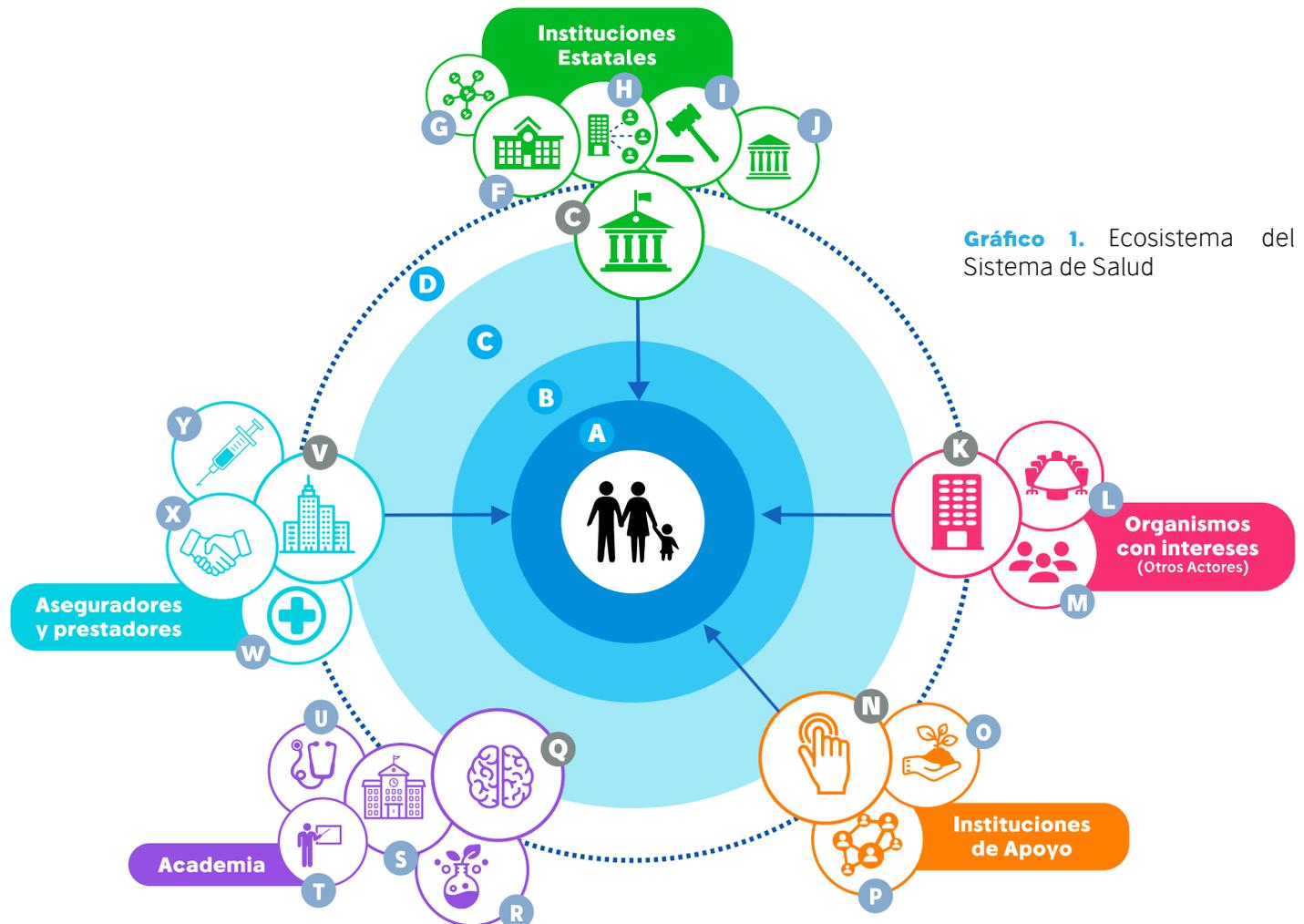


Gráfico 1. Ecosistema del Sistema de Salud



- A** Costumbres
- B** Derechos
- C** Acciones de los actores
- D** Estado (conjunto de todas las acciones)
- E** Gobierno nacional
- F** Ministerio de Salud
- G** Secretarías departamentales y municipales
- H** Otros Ministerios
- I** Organismos Judiciales (Cortes)
- J** Organismos Legislativos
- K** Organismos con intereses
- L** Gremios
- M** Asociaciones
- N** Instituciones de apoyo
- O** Fundaciones
- P** Organismos no gubernamentales (ONG)
- Q** Academia
- R** Organizaciones científicas
- S** Instituciones educativas
- T** instituciones educativas para la población
- U** instituciones educativas para la formación de talento humano en salud
- V** Aseguradores y prestadores
- W** IPS
- X** EPS
- Y** Farmacéuticas

Como se puede observar en el ecosistema, el principal objetivo es ubicar a las personas, a las familias y a las comunidades en el centro porque la salud no puede continuar siendo comprendida como un objeto médico, donde la razón final es curar las diferentes enfermedades y dolencias, sino como un concepto holístico, es decir que está inmerso en todas las dimensiones y actividades de nuestras vidas. En este sentido, la prioridad es trabajar para reconocer las costumbres, estilos de vida y hábitos de los individuos y que sean las familias y las comunidades las que ayuden en la comunicación y a ampliar el alcance de estas.

A partir de los ejercicios de identificación de necesidades y actividades de priorización con la Mesa, fue posible llegar al siguiente consenso en los temas priorizados: promoción de autocuidado, conectividad, coordinación intersectorial, información, regulación, educación y participación social. La metodología usada en los ejercicios de priorización se encuentra disponible como Anexo.

En LA (**Tabla 3**) se presenta la matriz donde se proponen los temas priorizados por la Mesa en relación con las líneas de acción del MAITE y se organizan los actores involucrados en cada uno de ellos, así como su función en el marco de todo el Sistema.

Tabla 3. Sección Promoción del Autocuidado primera parte

PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
Incentivos para motivar en la población prácticas y estilos de vida saludables y que generen bienestar	MSPS: Fortalecimiento de las Rutas Integrales de Atención en Salud con énfasis en promoción de la salud y fortalecimiento de la línea de acción de salud pública de MAITE).	EPS: Promoción de mensajes y prácticas de vida saludables entre las poblaciones afiliadas (contributivo, subsidiado, población pobre no asegurada).	Organizaciones científicas: Incentivar la discusión pública sobre la importancia del autocuidado desde tempranas edades, el bienestar y la salud de la población.	Fundaciones: Crear y propiciar espacios para el bienestar de diferentes poblaciones ONG: Propiciar espacios y prácticas de bienestar e incidir estratégicamente en la creación de estos espacios.	Gremios: Incentivar entre las personas que pertenecen a los gremios mensajes y estrategias de estilos de vida saludables.	Personas: Recibir y apropiar información, educación y comunicación sobre prácticas y estilos de vida saludables.
	Secretarías departamentales: Diseño y fortalecimiento de programas e intervenciones para incentivar prácticas de vida saludables.	IPS: Promoción de estilos de vida saludable mediante información, educación y comunicación cuando las personas utilicen los servicios de salud (salas de espera, turnos, consulta) y cuando no los usan (videotutoriales, mensajes, etc.).	Instituciones educativas: Fortalecer prácticas de estilo de vida saludables entre los miembros de la comunidad educativa (Agregar una asignatura con mínimo dos horas semanales).	Instituciones educativas para la formación del talento humano en salud: Promover una noción amplia de bienestar entre los estudiantes, como herramienta para garantizar la salud de las poblaciones.	Farmacéuticas: Incentivar mensajes orientados hacia la vida saludable y el uso racional de los medicamentos (Por ejemplo, para evitar la multi-resistencia a los antibióticos).	Familias: Generar y apropiar prácticas y estilos saludables según las dinámicas y arreglos familiares.
	Otros ministerios: Apropiación de una noción holística de bienestar que demanda la articulación entre sectores de gobierno.				Asociaciones: Promover escenarios de incidencia estratégica para la creación de escenarios que fomenten los estilos de vida saludables y el bienestar.	Compromiso individual para adoptar cambios y comportamientos de autocuidado (evitar fumar, consumo de alcohol, sexualidad insegura, etc.).
	Promover la creación intersectorial (infraestructura, tránsito, MSPS, Educación) de un sistema de bicicletas público y gratuito como medio de transporte alternativo.					Apoyar cambios de comportamientos a nivel de hogares, en el barrio y en trabajo.
	Adecuación de ciclo-rutas seguras para la ciudadanía.					
	Promover cooperación con entidades públicas y privadas, para la creación de este sistema público de bicicletas y ciclo-rutas, y otras intervenciones que motiven cambios de comportamiento.					

Tabla 3. Sección Promoción del Autocuidado segunda parte

PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO							
Temas prioritizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades	
Formación o capacitación para personal sanitario y comunidades en autocuidado	<p>MSPS: Garantizar el cumplimiento de los lineamientos nacionales respecto a la formación y capacitación del talento humano, incluyendo el enfoque de bienestar y de los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>EPS: Identificar las necesidades específicas de autocuidado de los diferentes grupos poblacionales y generar estrategias para fomentarlo mediante la capacitación del personal.</p>	<p>Organizaciones científicas: Promover la importancia de que la formación y la capacitación del personal incentive la transmisión de mensajes de autocuidado del personal de salud y de las comunidades con las que trabaja.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Trabajar de manera articulada con las instituciones que forman y capacitan al personal sanitario, con el fin de incluir dentro de estos procesos las necesidades de cuidado y autocuidado de las personas a las que representan o para las que trabajan.</p>	<p>Gremios y Asociaciones: Incidencia en la agenda de necesidades de formación y capacitación en autocuidado de acuerdo con las necesidades de las personas y comunidades.</p>	<p>Personas y Comunidades: Promover la participación ciudadana en espacios que permitan la identificación de prácticas en la comunidad de autocuidado.</p>	
	<p>Secretarías departamentales: Promover la vinculación del personal de salud que se encuentra en proceso de formación y capacitación a las actividades territoriales orientadas hacia el bienestar.</p>	<p>IPS: Incentivar en los escenarios de práctica y capacitación la transmisión de mensajes de autocuidado hacia los usuarios de los servicios.</p>	<p>Instituciones educativas para la formación del talento humano en salud: Aplicar los lineamientos para el fortalecimiento del talento humano del MIAS, teniendo en cuenta el talento humano requerido de acuerdo con las necesidades de la población.</p>				
	<p>Emisión de lineamientos, por parte de las entidades de salud y educación, para que los establecimientos educativos implementen programas de alimentación y autocuidado, físico y mental.</p>	<p>Poner en práctica responsablemente los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Emplear estrategias audiovisuales que transmitan de forma pedagógica e incentiven la cultura de autocuidado en Instituciones Educativas.</p>				
	<p>Otros Sectores: A través del uso de las TIC'S, crear y facilitar clases de autocuidado en las plataformas de capacitación de las páginas oficiales del gobierno. Un ejemplo, de cómo se puede desarrollar, son los cursos prestados en la plataforma de capacitación del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital.</p>	<p>Crear módulos de enseñanza para el personal sanitario sobre autocuidado (enfoques, intervenciones costo-efectivas y métodos).</p>					

Tabla 3. Sección Promoción del Autocuidado tercera parte

PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO							
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades	
Implementación de programas de alimentación saludable y actividad física en instituciones educativas	MSPS: Emitir lineamientos y orientaciones técnicas para la promoción de programas de alimentación saludable en las instituciones educativas.	IPS y EPS: Acompañar técnicamente a las instituciones educativas en el proceso de diseño e implementación de programas de alimentación saludable y actividad física dentro de las instituciones educativas.	Organizaciones científicas: Soportar técnicamente mediante evidencia la importancia de la implementación de programas de alimentación saludable y actividad física en las instituciones educativas.	Fundaciones: Incidencia con organizaciones que trabajan con población infantil y joven, para la creación de programas de alimentación saludable y actividad física en instituciones educativas.	Gremios y Asociaciones: Hacer incidencia estratégica orientada hacia la discusión en la agenda pública sobre la importancia de transformar los entornos educativos en escenarios pensados para la alimentación saludable y la actividad física. Aquí son de particular interés los gremios de docentes y las asociaciones de padres y madres de familia.	Familias y Comunidades: Apoyar el diseño e implementación de programas de alimentación saludable y actividad física en instituciones educativas. Hacer veeduría ciudadana y participar activamente en la correcta realización de los programas.	
	Secretarías departamentales: Diseñar e implementar programas y acciones orientadas a la alimentación saludable y la realización de actividad física dentro de las instituciones educativas.	Otros ministerios Trabajar de manera articulada con el Ministerio de Educación para la definición de lineamientos sobre la alimentación y la actividad física en instituciones educativas.	Instituciones educativas: Mediante la articulación con las instituciones estatales y con los prestadores y aseguradores, diseñar, implementar y evaluar programas orientados hacia la alimentación saludable y la actividad física en instituciones educativas.	ONG: Avanzar diseño de programas de alimentación saludable y actividad física en instituciones educativas (ONG como mecanismos para acompañar y articular mediante intervenciones).			
	Organismos legislativos: Promover y apoyar avances legislativos en materia de prácticas saludables al interior de las instituciones educativas.						

Tabla 3. Sección Promoción del Autocuidado cuarta parte

PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
Comunicación pública. Difusión de mensajes en medios y redes sociales para proteger la salud	MSPS, Secretarías departamentales y otros ministerios: Apoyar el diseño e implementación de programas de alimentación saludable y actividad física en instituciones educativas. Hacer veeduría ciudadana y participar activamente en la correcta realización de los programas.	IPS, EPS y Farmacéuticas: Participar activamente, y a través de alianzas con las instituciones estatales, en la creación y difusión de campañas y mensajes claves orientadas a la salud y el bienestar de las poblaciones.	Organizaciones científicas: Identificar temas para la agenda de salud pública y bienestar de las poblaciones. Apoyar con evidencia científica la comunicación efectiva, clara y concisa.	Fundaciones y ONG: Trabajar de manera articulada con las organizaciones estatales y demás miembros de la sociedad civil para identificar temas y mensajes estratégicos a incluir en las estrategias de comunicación pública.	Gremios y Asociaciones: Hacer incidencia estratégica orientada hacia la discusión de temas de interés público y su inclusión en estrategias de información, educación y comunicación que permitan la conversación sobre la salud.	Personas, Familias y Comunidades: Apropiar los mensajes propuestos por la comunicación pública para proteger la salud.
			Instituciones educativas: Participar activamente de las estrategias de comunicación pública mediante la difusión de mensajes claros a la comunidad educativa.	Identificar redes con organizaciones para crear estrategias de comunicación que sean adecuadas a la red social que se utilice.		Impulsar el trabajo en conjunto con las Organizaciones de Base Comunitaria, para enseñar y facilitar el acceso a rutas de información de calidad.
			Facilitar escenarios de discusión y debate sobre la salud y el bienestar.			Trabajar con influencers para mensajes de autocuidado, en particular entre adolescentes y jóvenes.



Tabla 3. Sección Conectividad primera parte

CONECTIVIDAD						
Temas prioritizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
<p>Gratuidad o bajo costo para las tecnologías y los servicios relacionados con las TIC</p>	<p>MSPS: Coordinación intersectorial para garantizar el acceso a servicios de salud mediante TIC.</p>	<p>IPS y EPS: Dar soporte técnico a las personas que requieren el acceso a servicios relacionados con TIC y realizar ajustes que permitan alcanzar la cobertura de acuerdo con las posibilidades y capacidades de infraestructura de los territorios.</p>	<p>Instituciones educativas para la formación del talento humano en salud: Promover la formación del talento humano en salud relacionada con la prestación de servicios mediante TIC, entregando herramientas de acuerdo con los contextos de conectividad de las personas y territorios.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Apoyar a las instituciones estatales mediante el trabajo articulado para promover y ampliar la inclusión digital de las personas en el territorio colombiano.</p>	<p>Gremios y Asociaciones: Promover el trabajo de incidencia hacia la creación de estrategias como el mínimo vital de internet entre los hogares colombianos.</p>	<p>Personas: Identificar la necesidad de mejorar la conectividad como herramienta en el acceso a los servicios de salud.</p>
	<p>Secretarías departamentales: Coordinación intersectorial para garantizar el acceso a servicios de salud mediante telemedicina y telesalud.</p>	<p>Apoyar subsidios para conexión a redes en zonas con muy baja cobertura.</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para los empleados de familias vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión).</p>	<p>Apoyar subsidios para conexión a redes en zonas con muy baja cobertura.</p>	<p>Apoyar subsidios para conexión a redes en zonas con muy baja cobertura.</p>	<p>Familias: Reconocer la importancia de usar las TIC como herramienta para acceder a servicios de salud.</p>
	<p>Otros ministerios: Articulación entre el MSPS y el Ministerio TIC, identificar estrategias para garantizar la cobertura a servicios de telemedicina y telesalud para toda la población, especialmente la que se encuentra en los lugares de más difícil acceso.</p>	<p>Apoyar la implementación de puntos de conexión (zonas dispersas e insulares) y garantizar infraestructura y equipos (plazo máximo de 5 años).</p>	<p>Apoyar subsidios para las empresas de telecomunicaciones que se comprometan con la implementación de redes en zonas con muy baja cobertura.</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para las poblaciones vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión), entendidas como herramientas esenciales para la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para los empleados de familias vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión).</p>	<p>Comunidades: Generar mecanismos de acceso comunitario a las TIC.</p>
	<p>Apoyar la implementación de puntos de conexión (zonas dispersas e insulares) y garantizar infraestructura y equipos (plazo máximo de 5 años).</p>	<p>Apoyar subsidios para las empresas de telecomunicaciones que se comprometan con la implementación de redes en zonas con muy baja cobertura.</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para las poblaciones vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión), entendidas como herramientas esenciales para la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para los empleados de familias vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión).</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para los empleados de familias vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión).</p>	<p>Comunidades: Generar mecanismos de acceso comunitario a las TIC.</p>
	<p>Apoyar subsidios para las empresas de telecomunicaciones que se comprometan con la implementación de redes en zonas con muy baja cobertura.</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para las poblaciones vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión), entendidas como herramientas esenciales para la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para las poblaciones vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión).</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para los empleados de familias vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión).</p>	<p>Apoyar otros tipos de subsidios a las tarifas para los empleados de familias vulnerables para acelerar el proceso de implementación de redes de comunicación (internet, telefonía celular, televisión).</p>	<p>Comunidades: Generar mecanismos de acceso comunitario a las TIC.</p>

Tabla 3. Sección Conectividad segunda parte

CONECTIVIDAD						
Temas prioritizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
<p>Educación digital desde los primeros niveles educativos: buen uso de las TIC, entendiendo que el acceso no es solo una cuestión de infraestructura sino también de habilidades</p>	<p>Secretarías departamentales: Promover la inclusión digital de las poblaciones, especialmente en los lugares más apartados del territorio colombiano.</p>	<p>IPS y EPS: Brindar soporte técnico y creación de guías para los usuarios de los servicios de salud mediante TIC, con el fin de garantizar las herramientas necesarias para su uso.</p>	<p>Instituciones educativas: Fortalecer e incentivar escenarios de educación e inclusión digital para las personas dentro y fuera de las comunidades educativas.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Apoyar y promover la inclusión digital mediante la articulación con diferentes instituciones estatales.</p>	<p>Gremios y Asociaciones: Posicionar dentro de la agenda pública la importancia de la inclusión digital y el uso de TIC como herramienta para el cierre de brechas sociales.</p>	<p>Personas, Familias y Comunidades: Participar activamente en los escenarios de educación digital y reconocer la importancia de la inclusión digital para las personas en el siglo XXI.</p>
	<p>Otros ministerios: El Ministerio TIC y el Ministerio de Educación deben trabajar por la inclusión digital de la población y promover estrategias para garantizar su uso adecuado.</p>		<p>Creación de programas de formación en TIC a los padres de familia para que puedan acompañar y guiar el proceso educativo digital.</p>			<p>Participar en las evaluaciones de necesidades y barreras de acceso a TICs en contextos locales.</p>
	<p>comunicación con los docentes y personal administrativo.</p> <p>Fomentar el correcto uso de las TIC tanto para estudiantes como padres de familia, enfatizando en la responsabilidad adquirida no presencial con el proceso educativo y el respeto por quienes están involucrados en el mismo.</p>		<p>Optimizar las plataformas digitales creadas por instituciones educativas para la educación virtual.</p>			



Tabla 3. Sección Articulación Intersectorial primera parte

ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
<p>Promover la investigación para identificar experiencias exitosas de implementación del enfoque intersectorial a nivel nacional e internacional</p>	<p>MSPS: Liderar la creación de mesas de trabajo mediante la articulación con los diferentes actores del ecosistema para la definición de objetivos compartidos, de acuerdo con lo estipulado para esta línea de acción en MAITE.</p>	<p>IPS y EPS y Farmacéuticas: Reconocer la importancia de trabajar de manera articulada con otros sectores, como estrategia para la resolución de problemas y la innovación en la atención de las necesidades en salud de las personas.</p>	<p>Organizaciones científicas, Instituciones educativas e Instituciones educativas para la formación del talento humano en salud: Identificar y retomar experiencias exitosas de articulación intersectorial.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Participar activamente de los espacios de articulación intersectorial mediante el reconocimiento de las diferentes experticias y la identificación de estrategias conjuntas.</p>	<p>Gremios y Asociaciones: Participar activamente de los espacios de articulación intersectorial de acuerdo con las diferentes experticias y oportunidades de trabajo conjunto.</p>	<p>Personas, Familias y Comunidades: Impulsar la solución de los problemas relacionados con la salud desde un enfoque de los determinantes sociales que implica necesariamente la articulación intersectorial.</p>
	<p>Creación de agenda de investigación con objetivos compartidos entre sectores.</p>		<p>Desarrollar capacidades en investigación a través del aumento de los cupos y las oportunidades de posgrados en temas alineados con las necesidades del país y la agenda de investigación intersectorial que se construya.</p>			
	<p>Promoción de la investigación para el desarrollo en las universidades acreditadas como de alta calidad en el país (que responda a necesidades, expectativas y perfil epidemiológico).</p>		<p>Desarrollar capacidades en investigación a través del aumento de los cupos y las oportunidades de posgrados en temas alineados con las necesidades del país y la agenda de investigación intersectorial que se construya.</p>	<p>los contextos de conectividad de las personas y territorios.</p>		
	<p>Promover el uso y apropiación de la investigación para evaluar lo que existe o se está desarrollando, tomando como referentes los indicadores de resultado y no los indicadores de proceso.</p>					
	<p>Implementar algo como el Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) en Colombia.</p>					
	<p>Secretarías Departamentales: Fortalecer la articulación con el nivel central para la resolución de problemas globales y locales que afectan la salud de las poblaciones. difícil acceso.</p>					

Tabla 3. Sección Articulación Intersectorial segunda parte

ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
<p>Priorizar la acción intersectorial a partir de la coordinación de objetivos compartidos con el sector educativo</p>	<p>MSPS: Promover y buscar la articulación y definición de objetivos con el sector educativo.</p> <p>Sensibilizar en temas de salud a las y los funcionarios del sector Educación.</p>	<p>IPS y EPS: Fortalecer el trabajo de articulación con objetivos pedagógicos y educativos desde la prestación de los servicios.</p>	<p>Organizaciones científicas: Promover un diálogo fluido y colaborativo entre la academia y el sector salud para temas de interés en salud.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Poner en la agenda pública la importancia de articular el sector salud y educación.</p>	<p>Gremios y Asociaciones: Participar de los escenarios de articulación entre el sector salud y educación.</p>	<p>Personas, Familias y Comunidades: Reconocer la importancia de la articulación entre el sector educativo y de salud para la resolución de las problemáticas en salud que les afectan.</p>
	<p>Secretarías Departamentales: Buscar la articulación entre las secretarías de salud y educación para el trabajo con objetivos compartidos.</p> <p>Establecer lineamientos para la creación de políticas, programas y proyectos de manera articulada entre los ministerios de Salud y Educación, en los que se incorpore el abordaje de asuntos que competen a ambos con metas concretas a corto, mediano y largo plazo.</p>	<p>Instituciones educativas e Instituciones educativas para la formación del talento humano en salud: Funcionar como bisagra para la articulación entre los sectores de salud y educación, mediante diálogos interdisciplinarios y de saberes.</p>				



Tabla 3. Sección Información primera parte

INFORMACIÓN						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
<p>Promover la investigación para identificar experiencias exitosas de implementación del enfoque intersectorial a nivel nacional e internacional</p>	<p>MSPS: Incentivar la investigación en salud para la identificación de estrategias exitosas para la salud y el bienestar de las poblaciones, alineado con el principio de gobernanza estipulado por MAITE.</p>	<p>IPS y EPS y Farmacéuticas: Asumir nuevos liderazgos en la investigación interdisciplinaria en temas relacionados con la salud de la población.</p>	<p>Organizaciones científicas: Liderar la investigación sobre experiencias exitosas de implementación del enfoque intersectorial, a partir del diálogo de saberes e interdisciplinario.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Contribuir con la documentación e implementación de experiencias exitosas de articulación intersectorial destacando las lecciones aprendidas y los desafíos que suponen.</p>	<p>Gremios y Asociaciones: Participar y contribuir en la documentación de experiencias exitosas de articulación intersectorial.</p>	<p>Comunidades: Destacar y socializar experiencias de trabajo comunitario y colectivo que fomente la articulación intersectorial y con diferentes actores de la sociedad.</p>
	<p>Determinar un grupo de investigadores que creen un documento, en el cual se identifiquen las necesidades y expectativas de las poblaciones, respecto al autocuidado.</p>	<p>A partir del proceso identificado, realizar un folleto con lenguaje sencillo, que circule en punto de atención de la población asegurada.</p>	<p>Instituciones educativas e Instituciones educativas para la formación del talento humano en salud: Apoyar y trabajar de manera articulada con otras instituciones en investigación sobre salud desde un enfoque interdisciplinario.</p>			<p>Participar en los procesos de investigación comunitario o las iniciativas que se llevan a nivel de barrio o municipio.</p>
	<p>Crear un documento, en el que se compilen las experiencias en las comunidades, a partir de la identificación de necesidades, medidas implementadas y cambios que se observen del proceso.</p>					
	<p>Otros Ministerios: Incentivar la investigación interdisciplinaria orientada hacia las problemáticas contemporáneas en salud, y en alianza con MinCiencias.</p>					

Tabla 3. Sección Información segunda parte

INFORMACIÓN						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
<p>Promover investigaciones para identificar necesidades y expectativas de las poblaciones, y cambios de conducta y comportamiento para identificar factores de protección y de riesgo</p>	<p>MSPS: De acuerdo con la línea de acción de enfoque diferencial de MAITE, se debe promover la identificación de las necesidades de la población, especialmente de aquella que se encuentra en condiciones y territorios de vulnerabilidad y marginalidad.</p>	<p>IPS y EPS y Farmacéuticas: Utilizar la evidencia disponible para adaptar los servicios y medicamentos de acuerdo con las necesidades, identidades y circunstancias de las personas, tomando como referencia el enfoque diferencial.</p>	<p>Organizaciones científicas, Instituciones educativas e Instituciones educativas para la formación del talento humano en salud: Como organizaciones de la academia deben jugar un papel activo en la producción de evidencia científica respecto a las necesidades en salud de las poblaciones, las expectativas de las personas y sus demandas frente a su salud y bienestar.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Tienen un papel estratégico en la documentación, investigación y generación de información frente a las necesidades y expectativas de las poblaciones en materia de salud y bienestar.</p>	<p>Gremios y Asociaciones: Fomentar el diseño y la implementación de programas centrados en las necesidades, identidades y circunstancias de las personas de acuerdo con la evidencia científica disponible</p>	<p>Personas: Participar en las investigaciones sobre las necesidades y expectativas en salud.</p>
	<p>Secretarías departamentales: Identificar las necesidades y circunstancias de las poblaciones desde un enfoque diferencial.</p>	<p>Familias y Comunidades: Desde las organizaciones comunitarias, deben promover la búsqueda y análisis de información y evidencia de sus necesidades y expectativas frente a los servicios de salud, esto se encuentra alineado con la línea de acción de gobernanza de MAITE.</p>				



REGULACIÓN						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
Definir normas y estándares claros para la inclusión de un enfoque intersectorial en la práctica	MSPS: La regulación hace parte de los principios de gobernanza de MAITE y es necesaria para establecer las competencias de cada sector frente a las RIAS.	IPS y EPS y Farmacéuticas: Asumir nuevos Apropiar e implementar las normas y estándares para el enfoque intersectorial en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud.	Organizaciones científicas, Instituciones educativas e Instituciones educativas para la formación del talento humano en salud: Socializar las normas y estándares para el enfoque intersectorial en el sector salud, así como participar desde la experticia técnica en la definición y orientación de estos.	Fundaciones y ONG: Participar desde la experticia técnica en la definición de estándares y normas para la inclusión de un enfoque intersectorial impulsado desde el sector salud.	Gremios y Asociaciones: Participar y aportar desde la experticia técnica en la definición de estándares y normas para la inclusión de un enfoque intersectorial	Comunidades: Acompañar los espacios de participación ciudadana que buscan la regulación y gobernanza de las acciones del sector salud, particularmente a través de las organizaciones de base comunitaria.
	Establecer claridad sobre lo que es y no es la intersectorialidad (alcances y aplicaciones).					
	Articular procesos de construcción de un lenguaje entendible por todos los sectores que intervendría, para lograr el diálogo y el entendimiento.					
	Otorgar rango administrativo con poder de convocatoria y de toma de decisiones a la entidad encargada de la gestión de la intersectorialidad.					
	Secretarías Departamentales y Otros Ministerios: Alinear las acciones de acuerdo con las normas estipuladas por el MSPS.					
Organismos judiciales y legislativos.: Fortalecer y hacer seguimiento a la implementación del marco normativo, esto incluye también a los organismos de control.						

Tabla 3. Sección Educación Primera parte

EDUCACIÓN						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
Educación para la vida	<p>MSPS: Garantizar la inclusión de educación y pedagogía sobre prácticas saludables y la prevención de la enfermedad en las actuales apuestas por educar para la vida.</p>	<p>EPS: Reconocer la educación como un indicador de desarrollo humano y de bienestar de las poblaciones.</p> <p>-Fortalecer y fomentar los programas y proyectos de educación sexual integral en todas las instituciones educativas, a través de una metodología contextualizada y con la previa evaluación de necesidades e individualización de los procesos locales y/o regionales.</p>	<p>Instituciones educativas: Promover procesos educativos de todos los niveles con ejes temáticos relacionados con las habilidades sociales, la vida saludable y la ciudadanía.</p> <p>Generar procesos educativos transversales sobre la importancia de la salud mental y el autocuidado de esta.</p> <p>Fortalecer programas y proyectos de educación sexual integral en todas las instituciones educativas según contexto y necesidades.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Reconocer y propiciar escenarios educativos que busquen el desarrollo y bienestar de la población.</p>	<p>Gremios y Asociaciones: Participar y Respaldar y apoyar la creación de escenarios educativos orientados hacia la generación de habilidades sociales y vidas saludables entre las y los ciudadanos.</p> <p>Aprovechar los procesos educativos sobre las habilidades sociales y relaciones interpersonales para fomentar el desarrollo, habilidades y entrenamiento a nivel productivo (primer empleo, prácticas laborales, etc.)</p>	<p>Personas: Respaldar y apoyar la creación de escenarios educativos orientados hacia la generación de habilidades sociales y vidas saludables entre las y los ciudadanos.</p> <p>Aprovechar los procesos educativos sobre las habilidades sociales y relaciones interpersonales para fomentar el desarrollo, habilidades y entrenamiento a nivel productivo (primer empleo, prácticas laborales, etc.)</p> <p>Familias: Apoyar la participación de los miembros de la familia en escenarios educativos que contribuyan con el bienestar.</p> <p>Comunidades: Generar y propiciar espacios educativos de base comunitaria que promuevan la formación y el bienestar de las personas.</p>
	<p>Otros Ministerios: Desde el enfoque de los determinantes sociales, promover la educación para la vida como una oportunidad para el bienestar de la población (objetivos compartidos entre los sectores de gobierno).</p>					
	<p>Fortalecer programas existentes para la educación como parte integral del acceso a una calidad de vida digna.</p>					
	<p>Fortalecer programas y políticas públicas existentes de transferencias monetarias para los jóvenes vulnerables.</p>					
	<p>Vincular programas de transferencias monetarias con programas de formación educativa para disminuir las barreras de acceso a un empleo formal.</p>					
<p>Vincular a la población en la formulación de proyectos, programas y políticas públicas</p>						

EDUCACIÓN						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
Educación para el trabajo	<p>MSPS, Secretarías departamentales y otros ministerios: Promover la educación desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, como mecanismo para reducir la pobreza, las desigualdades y como una oportunidad para apoyar la realización personal de cada individuo.</p> <p>Evaluar las necesidades en la población para identificar vías metodológicas en educación (qué funciona y qué no tanto en la práctica).</p> <p>Mapear políticas públicas vigentes y evaluar el impacto a través de herramientas cualitativas.</p> <p>Fomentar la creación de políticas públicas que garanticen a la población que culmine algún nivel educativo formal, el acceso a oportunidades de empleo de acuerdo con sus capacidades y necesidades. Además, evaluar si las políticas públicas existentes han tenido resultados favorables y como mejorar de no ser así.</p>	<p>EPS: Reconocer los niveles educativos de las personas como un factor determinante de su salud, e idear estrategias para reducir las desigualdades en salud de aquellas personas que han tenido menor acceso a la educación y al trabajo en el sector formal de la economía.</p>	<p>Instituciones educativas: Fomentar el desarrollo de capacidades en instituciones educativas, según sus necesidades, procesos de inclusión laboral y barreras para la integración laboral de las personas más vulnerables.</p> <p>Fomentar la educación financiera (importancia del ahorro) a nivel local, con instituciones públicas o privadas, la familia y los hijos que estudian.</p> <p>Fomentar la creación de proyectos y programas desde instituciones públicas y privadas que tengan como objetivo impulsar procesos educativos en tomadores de decisión y empleadores, con un enfoque de salud integral.</p>	<p>ONG: Contribuir en el diseño y la implementación de acciones para vincular a la población al mercado laboral formal de forma equitativa</p> <p>Fomentar alianzas entre sectores privados y públicos que apunten a mejorar los ejes educativos a los que tiene acceso la población, con el fin último de crear herramientas de adaptabilidad y cambio que aumenten las posibilidades de obtener una calidad de vida digna.</p>	<p>Gremios: Incentivar los escenarios y procesos de vinculación de la fuerza de trabajo al mercado laboral formal, contribuyendo con el aseguramiento de la población al sistema de salud.</p>	<p>Personas: Reconocer la importancia y el valor de la educación para el ascenso social y el mejoramiento de las condiciones de vida.</p> <p>Familias: Apoyar la participación de los miembros de la familia en escenarios educativos que permitan su vinculación al mercado laboral formal.</p> <p>Comunidades: Propiciar estrategias comunitarias de vinculación de las personas al mercado laboral formal.</p>

Tabla 3. Sección Participación Social Primera parte

PARTICIPACIÓN SOCIAL						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
Participación e involucramiento comunitario en la identificación de necesidades y toma de decisiones	<p>MSPS, Secretarías departamentales, Otros ministerios y Organismos judiciales: Promover escenarios de participación ciudadana que permitan la toma de decisiones de acuerdo con sus contextos y necesidades, para lo cual se debe hacer uso de los diferentes escenarios generados por la constitución y la normatividad vigente.</p> <p>Rendición de cuentas y espacios de deliberación con gran difusión pública haciendo uso de plataformas virtuales.</p> <p>Programas de formación en participación ciudadana.</p> <p>Implementar políticas de balance laboral-vida personal para que las personas cuenten con tiempo para la participación, así.</p>	<p>EPS, IPS y Farmacéuticas: Generar escenarios de diálogo y conversación con diferentes actores de la sociedad civil y la ciudadanía que permitan la construcción conjunta de programas y acciones de acuerdo con sus necesidades.</p> <p>Entrenamiento/capacitación en problemas del lenguaje y entendimiento a quienes dirigen espacios de participación ciudadana.</p>	<p>Organizaciones científicas: Participar activamente en las discusiones públicas para la toma de decisiones relacionadas con acciones para atender las necesidades en salud de las personas.</p> <p>Implementación de actividades de involucramiento desde el colegio.</p> <p>Entrenamiento/capacitación en problemas del lenguaje y entendimiento a quienes dirigen espacios de participación ciudadana.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Contribuir como actor estratégico en las discusiones públicas para la identificación de las necesidades en salud de las poblaciones desde un enfoque de derechos y diferencial.</p>	<p>Gremios y asociaciones: Participar y contribuir como actor estratégico en las discusiones públicas orientadas hacia la toma de decisiones respecto a las necesidades de la población.</p>	<p>Personas: Participar activamente de los escenarios para la identificación de las necesidades y toma de decisiones respecto a la salud de las poblaciones.</p> <p>Comunidades: Propiciar estrategias comunitarias de participación e identificación de necesidades específicas en materia de salud.</p>



Tabla 3. Sección Participación Social Segunda parte

PARTICIPACIÓN SOCIAL						
Temas priorizados	Instituciones estatales	Aseguradores y prestadores	Academia	Instituciones de apoyo	Instituciones con intereses	Personas, familias y comunidades
Involucrar a las comunidades en la toma de decisiones sobre cómo cuidar su salud	<p>MSPS, Secretarías departamentales, Otros ministerios, Organismos judiciales y Organismos legislativos: Reconocer y tener en cuenta la voz de las comunidades y sus percepciones respecto a las mejores estrategias para cuidar su salud desde un enfoque de prevención.</p>	<p>EPS, IPS y Farmacéuticas: Generar escenarios de diálogo con las personas y comunidades que permitan incorporar sus propias estrategias para el cuidado de la salud.</p>	<p>Organizaciones científicas: Propiciar diálogos con las Organizaciones de base comunitaria, de usuarios y de pacientes para garantizar su participación efectiva en la toma de decisiones frente a su salud.</p>	<p>Fundaciones y ONG: Propiciar el encuentro y la articulación entre las instituciones públicas y privadas con las comunidades y demás miembros de la sociedad civil.</p>	<p>Gremios y asociaciones: Contribuir como actor estratégico en la representación de los diferentes intereses de las poblaciones frente al cuidado de su salud.</p>	<p>Personas: Participar activamente de los escenarios generados por las instituciones públicas para la toma de decisiones frente al cuidado de la salud.</p>
	<p>Incentivar la creación de veedurías ciudadanas, conformadas por jóvenes, para el seguimiento y aprendizaje de las políticas públicas que tengan como objetivo el autocuidado.</p>					<p>Comunidades: Propiciar escenarios de participación comunitaria que permitan la identificación de posturas por parte de diferentes miembros de la sociedad, así como la organización alrededor de temas estratégicos para el cuidado de la salud.</p>
	<p>Vincular organizaciones sociales y crear con estas, estrategias en la construcción de políticas públicas y alianzas a largo plazo.</p>					
	<p>Incluir a colectivos ciudadanos en las tomas de decisiones y creaciones de directrices, en tanto, estos tienen un trato más cercano con la ciudadanía, que permite conocer directamente cuales pueden ser las falencias y soluciones que pueden ser aportadas.</p>					

Como se puede observar, en la matriz de operativización propuesta por la Mesa se encuentran los actores y relaciones para propender por un sistema de salud orientado hacia la preservación de la salud y la prevención de la enfermedad, incorporando como actores fundamentales a los individuos, las familias y las comunidades. Ahora bien, la Mesa propone adicionalmente unas metas de corto plazo para permitir que estas relaciones propuestas se puedan dar en la práctica basados en un plan operativo que permita evaluar los avances e implementar ajustes a las estrategias integrando a los actores.

En el corto plazo, primero las instituciones y entidades mencionadas deben mejorar las maneras y los canales por medio de los cuales se transmite la información para la salud a la ciudadanía. Esto permitiría no solo que haya un mayor alcance en el radio de expansión de la información, sino también que las personas comprendan con mayor claridad y logren apropiarse y usar este conocimiento a nivel individual, dentro de sus hogares y la comunidad con un enfoque diferencial. A partir del capítulo de las entrevistas fue posible notar que la ciudadanía manifiesta que existe una desinformación generalizada que no solo le causa problemas de acceso, sino también carece de una mayor comprensión de los contenidos y mensajes compartidos por parte de las autoridades.

En esta misma línea, y en segundo lugar, se propone también que las diferentes entidades gubernamentales trabajen mancomunadamente mediante la articulación intersectorial e interinstitucional, es decir, que la responsabilidad de la prevención de la enfermedad y la promoción en salud no solo quede en manos del Ministerio de Salud y Protección Social, sino en objetivos compartidos entre diferentes actores y sectores de gobierno como quiera que la salud trasciende la organización de servicios

de salud. Por ejemplo, el Ministerio de Vivienda, Ambiente, Trabajo y el Departamento Nacional de Planeación, podrían involucrarse más para resolver necesidades insatisfechas en servicios públicos, como el acceso al acueducto, alcantarillado y recolección de basuras.

En tercer lugar, el Ministerio de Educación Nacional podría fortalecer la instrucción de los niños respecto a los hábitos saludables, nutricionales y actividades beneficiosas para la salud. Por ejemplo, en las instituciones educativas la práctica de actividad física y deporte debería ser promocionada para reducir las enfermedades cardiovasculares en el mediano y largo plazo, o el lavado de manos con jabón y hervir el agua para disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas. Sin embargo, esto no puede quedar en una simple mención y deben realizarse actividades que logren la verdadera interiorización de la información impartida.

Finalmente, la coordinación intersectorial puede tener un rol determinante dentro de los retos del nuevo modelo ya que a través de objetivos compartidos entre sectores de gobierno e instituciones es posible identificar, y caracterizar brechas en los niveles territoriales urbano y rural, que permita diseñar e implementar intervenciones para cerrarlas. Además, debe haber un fortalecimiento de la intersectorialidad, pues la atención en salud no puede ser el único objetivo del sistema y debe articularse con acciones sobre otros determinantes que deben ser impulsados desde la familia donde se halla gran parte de la educación y la crianza. Para esto, la educación, la promoción del autocuidado y la conectividad, temas ya estudiados por otros actores, también deben fortalecerse. Solo queda mencionar que la institucionalidad, los recursos, y los resultados en salud se transforman en instrumentos y herramientas para construir un entorno óptimo para el desarrollo integral de los individuos.

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO 1

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN COMUNIDADES

Objetivo Promocionar el autocuidado como una estrategia de prevención integral para el SGSSS

ODS



ESTRATEGIA 1

Implementar acciones para estimular buenas prácticas, estilos de vida saludables y de bienestar en la población

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Fortalecimiento de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS	★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPSs e IPSS 	El fortalecimiento se debería hacer bajo un énfasis en promoción de la salud y fortalecimiento de la línea de acción de salud pública del MAITE
Implementar una estrategia de información, comunicación y educación sobre prácticas de vida saludable, autocuidado, y uso racional de los medicamentos	★★★★★	★★★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPSs, IPSS, Sociedad civil, ONGs 	Se recomienda implementar esta estrategia desde edades tempranas

ESTRATEGIA 2

Formar y capacitar en autocuidado al personal sanitario y comunidades

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Fortalecer el enfoque de bienestar y determinantes en salud en la formación y capacitación del THS	★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Administrativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales y universidades 	Se debería incluir el enfoque de bienestar y de los determinantes sociales de la salud
Incentivar escenarios de práctica y capacitación para el THS	★★	★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPSs, IPSs, Sociedad civil, ONGs 	Estos espacios deben trabajar en la transmisión de mensajes de autocuidado de acuerdo con las necesidades de los usuarios
Generar incidencia en la agenda nacional sobre la necesidad de formación y capacitación en autocuidado	★★	★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	Gremios y asociaciones 	Incidir en la agenda nacional garantiza que la formación y la capacitación se realice en diferentes grupos y a partir de un estudio previo de necesidades

¹Recursos: la medición va de 1(*) a 5 (*****), siendo 5 el mayor porcentaje necesario para desarrollar la acción

²Impacto: la medición va de 1(*) a 5 (*****), siendo 5 el mayor porcentaje necesario para desarrollar la acción

³Dimensiones: se categorizan como:

- Estructurales: requieren cambios o creación de acciones jurídicas, por lo general de iniciativas del Ejecutivo o del Legislativo (ej., leyes, decretos)
- Administrativas: no requieren cambios jurídicos, pueden ser de origen netamente del Ejecutivo y buscan crear o desarrollar acciones de un plan o proyecto social
- Operativos: son acciones o lineamientos que buscan desarrollar un objetivo específico de un programa, plan o proyecto

ESTRATEGIA 3

Implementar programas de alimentación saludable y actividad física en instituciones educativas

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Emitir lineamientos, orientaciones técnicas y promover avances legislativos que incentiven programas de alimentación saludable y la realización de actividad física en instituciones educativas	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSSS	MSPS, Congreso, Presidencia, Academia 	La promoción de vida saludable en los colegios garantiza la prevención desde edades tempranas y el desarrollo estilos de vida integrales
Acompañar técnicamente la implementación de programas de alimentación saludable y actividad física en las instituciones educativas	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MinEducación, MSPS y Academia 	El soporte técnico permite evaluar el impacto y eficiencia de este tipo de iniciativas
Realizar incidencia para transformar los entornos educativos en centros de alimentación saludable y actividad física	★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MinEducación, MSPS y Academia 	Transformar los entornos de las instituciones educativas permite formar estudiantes más conscientes de su salud y bienestar integral

ESTRATEGIA 4

Implementar una estrategia de comunicación pública y difusión de mensajes en medios y redes sociales para proteger la salud

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Trabajar en la creación de campañas de comunicación y en de actividades preventivas como también de cuidado	★★★★★	★★★★★	Corto plazo	Operativo en el SGSSS	MSPS, Sociedad Civil, EPSs, IPSs, Entidades Territoriales, ONGs 	La promoción de vida saludable en los colegios garantiza la prevención desde edades tempranas y el desarrollo estilos de vida integrales

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL SGSSS

Objetivo Fortalecer la conexión del SGSSS por medio de tecnologías de información y comunicación

ODS



ESTRATEGIA 1

Promover modelos gratuitos o de bajo costo para el acceso a tecnologías

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Implementar un modelo de seguimiento a los recursos orientados a extender la cobertura y garantizar el acceso a los servicios de salud por medio de TICs	★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSSS	MSPS, Congreso, Presidencia de la República 	La implementación de un sistema de seguimiento y regulación se logra a partir de un consenso político

ESTRATEGIA 1						
	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Desarrollar una estrategia de coordinación intersectorial para garantizar el acceso a servicios TICs	★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSSS	MSPS, Congreso, Presidencia de la República 	La implementación de un sistema de seguimiento y regulación se logra a partir de un consenso político
Implementar un modelo de seguimiento a los recursos orientados a extender la cobertura y garantizar el acceso a los servicios de salud por medio de TICs	★★★★★	★★★★★★	Corto plazo	Estructural del SGSSS	Todos los Ministerios, Entidades Territoriales, EPSs, IPSS, Congreso, Presidencia de la República 	Se sugiere que dicha coordinación se concentre en garantizar el acceso a telemedicina y telesalud, como también ser apoyada por todos los sectores involucrados
Promover la capacitación del THS que atiende bajo herramientas TICs	★★★★★	★★★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	MSPS y MinEducación 	Es indispensable promover la formación del THS para el uso de TICs y la atención a través de nuevos canales
Promover y ampliar la inclusión digital de los usuarios en el territorio, por medio de estrategias como el mínimo vital de internet entre los hogares	★★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS y otros ministerios	Todos los Ministerios, Congreso, Presidencia de la República 	El mínimo vital tecnológico es una necesidad inminente en la actualidad, es un hecho que se ha intensificado con la pandemia por COVID-19

ESTRATEGIA 2

Promover la educación digital desde los primeros niveles educativos: buen uso de las TIC, entendiendo que el acceso no es solo una cuestión de infraestructura sino también de habilidades

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Trabajar en la inclusión digital de la población y promover estrategias para garantizar su uso adecuado en el acceso a telemedicina	★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, 	Esta estrategia debe ser mancomunada entre MinTIC, el Ministerio de Educación, MSPS y las entidades territoriales, garantizando el acceso a telemedicina en todo el territorio
Brindar soporte técnico y creación de guías para los usuarios de los servicios de salud mediante TIC	★★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	EPSs e IPSs 	Este soporte técnico garantiza el uso correcto de las herramientas tecnológicas
Crear programas de formación en TIC a los padres de familia	★★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales EPSs, IPSs, ONGs, Academia 	Este soporte técnico garantiza el uso correcto de las herramientas tecnológicas
Posicionar dentro de la agenda pública la importancia de la inclusión digital y el uso de TICs	★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales EPSs, IPSs, ONGs, Academia 	debe enfocarse en ubicar el uso de TICs como un método de cierre de brechas sociales para el uso de servicios en salud

ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA INVESTIGACIÓN Y COMUNICACIÓN

Objetivo Promover la articulación intersectorial con miras a lograr avances en investigación y comunicación

ODS



ESTRATEGIA 1

Promover la investigación para identificar experiencias exitosas de implementación del enfoque intersectorial a nivel nacional e internacional

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Promover el funcionamiento de mesas de trabajo para identificar las experiencias exitosas y definir objetivos compartidos a partir del Modelo de Atención en Salud.	★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPs e IPSs 	Esta acción debe articular a los diferentes actores del ecosistema
Implementar un Sistema de Información en Salud en el SGSSS	★★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	Todos los Ministerios, Entidades Territoriales, EPs, IPSs y academia 	Un buen ejemplo es programa el Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)
Desarrollar capacidades en investigación a través del aumento de los cupos y oportunidades de posgrados	★★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPs, IPSs, ONGs, Academia 	El desarrollo de una agenda de investigación debe estar alineada a las necesidades del país y tener carácter intersectorial

ESTRATEGIA 2

Priorizar la acción intersectorial a partir de la coordinación de objetivos compartidos con el sector educativo

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Implementar una estrategia de sensibilización y capacitación en temas de salud a los funcionarios del sector educativo	★★★★★ ★★★★★	★★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Academia, 	Esta estrategia debe contar con la articulación entre sector salud y educación
Determinar objetivos pedagógicos y educativos desde la prestación de los servicios de salud	★★★★★ ★★★★★	★★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Academia, 	Los objetivos permiten fortalecer el trabajo de articulación intersectorial entre salud y educación

INVESTIGACIÓN PARA PROMOVER EL ENFOQUE INTERSECTORIAL

Objetivo Promover la información e investigación para el desarrollo intersectorial a lo largo del territorio

ODS



ESTRATEGIA 1

Promover la investigación para identificar experiencias exitosas de implementación del enfoque intersectorial a nivel nacional e internacional

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Incentivar la investigación para la identificación de estrategias exitosas en salud y bienestar de las poblaciones	★★★★★ ★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPSs, IPSs y Ministerio de Ciencia y Tecnología 	Este propósito debe estar alineado con el principio de gobernanza estipulado por el MAITE y por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación

ESTRATEGIA 1

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Asumir nuevos liderazgos en la investigación interdisciplinaria en temas relacionados con la salud de la población	★	★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	<p>Todos los Ministerios, Entidades Territoriales, EPSS, IPSs y academia</p>	Los modelos de investigación interdisciplinarios garantizan la inclusión de nuevas visiones y arrojan resultados integrales
Socializar experiencias de trabajo comunitario y colectivo que fomenten la articulación intersectorial	★★	★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	<p>MSPS, Entidades Territoriales EPSS, IPSs, ONGs, Academia</p>	Este tipo de espacios promueven el aprendizaje entre pares e incentivan el trabajo comunitario

ESTRATEGIA 2

Promover investigaciones que identifiquen las necesidades y expectativas de las poblaciones, para así fomentar cambios de conducta e identificar factores de protección y riesgo

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Identificar las necesidades de la población, especialmente de aquella que se encuentra en condiciones y territorios de vulnerabilidad y marginalidad desde el enfoque del MAITE	★★★★	★★★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	<p>MSPS, Entidades Territoriales EPSS e IPSs</p>	La identificación de estos grupos poblacionales ayuda a desarrollar estrategias de acceso e implementación del MAITE

ESTRATEGIA 2

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Adaptar la prestación y acceso de servicios en salud tomando como referencia el enfoque diferencial	★★★★★	★★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales EPSs e IPSs 	Este tipo de adecuaciones deben ser diferenciadas a partir de las necesidades individuales
Producir evidencia científica respecto a las necesidades en salud de las poblaciones y las expectativas de las personas	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales EPSs, IPSs y sociedad civil 	Este tipo de evidencia debe reflejar la demanda en salud y bienestar de las poblaciones

DESARROLLO NORMATIVO PARA LA GARANTÍA EN SALUD DE LA POBLACIÓN

Objetivo Regular los principios de gobernanza y promover espacios de diálogo para garantizar la salud y el bienestar integral de la población

ODS



ESTRATEGIA 1

Definir normas y estándares claros para la inclusión al SGSSS desde un enfoque intersectorial

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Regular los principios de gobernanza del MAITE	★★★★★	★★★★★	Corto plazo	Estructural del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPSs, IPSs 	Esta regulación debe establecer las competencias de cada sector frente a las -IAS.

ESTRATEGIA 1

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Implementar normas y estándares para el enfoque intersectorial en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud	★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPSs, IPSs 	Las normas y estándares garantizan la prestación integral de los servicios, como también promueven la sana competencia y aprendizaje entre pares
Implementar una estrategia de difusión y apropiación de las normas y estándares del aseguramiento y la prestación de servicios de salud	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del SGSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPSs, IPSs 	Es indispensable que los actores del sistema conozcan las normas para lograr una mejor implementación y riguroso seguimiento
Generar espacios de participación ciudadana para regular y vigilar la gobernanza del sector salud	★★★★	★★★★		Operativo del SGSS	MSPS, Entidades Territoriales, EPSs, IPSs y sociedad civil 	Estos espacios deben tener una organización de base comunitaria y ser un aporte voluntario de la sociedad civil

CONVENCIONES

CAPÍTULO 1



Entidades Territoriales



Aseguradoras (EPSs)



Sociedad Civil



ONGs



Ministerio de Salud y Protección Social



Prestadores de servicios de salud (IPSs)



Academia



Todos los Ministerios



Ministerio de Educación



Gremios y asociaciones



MinTIC



Ministerio de Ciencia y Tecnología



Senado de la República



Presidencia de la República



Gobernanza, Institucionalidad y Participación social

2

Capítulo 2

Introducción

Según Graña (2005), la gobernanza es un método de gobierno que propone la toma de decisiones colectivas bajo modalidades participativas de gestión. Además, esta permite responder de manera adecuada a la complejidad de los fenómenos y problemáticas que pueden presentarse en la sociedad, de las cuales una parte importante se relacionan con la salud. Adicionalmente, la gobernanza se refiere a la descentralización del Estado y a la necesidad de desarrollar capacidades locales que propendan por la participación de las autoridades locales y regionales (Alcántara y Marín). Por su parte, la OMS y OPS (2002) han definido la gobernanza en los sistemas de salud como las acciones y medios adoptados por una sociedad para organizarse en la promoción y protección de la salud de su población.

En otras palabras, la gobernanza se basa en una participación activa de todos los actores, con el presupuesto que las decisiones aplicadas pueden afectar significativamente los diversos contextos y participantes del Sistema (Rodríguez et.al, 2010). De allí que, según las Naciones Unidas, “el análisis de la gobernanza deba centrarse tanto en los actores implicados en los procesos de toma de decisiones y su implementación, como en las estructuras creadas para que las decisiones tomadas se lleven efectivamente a cabo” (Rodríguez et.al, 2010, 153). Tal como lo expresan Peters y Pierre (2005), la gobernanza supone una “nueva manera de pensar sobre las capacidades estatales y las relaciones entre el Estado y la sociedad” (37). Esta debe poder superar los límites de las entidades separadas, como lo son los gobernantes y los gobernados, o bien en el Sistema de la Salud, entre las instituciones de salud y la sociedad civil, para lograr centrar la atención en las interacciones ventajosas que pueden darse entre estos (Kooiman, 2003). Es por esto por lo que el concepto de rectoría juega un papel fundamental dentro de la gobernanza.

La rectoría es una función propia del Estado, que se encarga de la regulación, el seguimiento, la financiación, la vigilancia y el control de la salud de la población, a través de la delegación de las funciones del Sistema de Salud (Robles, 2013). Esta se desarrolla a través de 5 dimensiones rectoras de la autoridad sanitaria, propuestas en 1997 en el marco del desarrollo del Consejo Directivo de la OPS/OMS, estas son: conducción sectorial, regulación, modulación del financiamiento, vigilancia y garantía del aseguramiento, armonización de la provisión, y ejecución de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) (OPS, 2009).

Para el caso del Sistema de Salud colombiano, el ente rector está representado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el cual delega funciones a sus pares en las diferentes regiones del territorio, donde la rectoría es ejercida por las secretarías municipales y departamentales de salud. Dicho lo anterior, cabe resaltar que el país cuenta con un modelo político-administrativo descentralizado, lo que se traduce como “la transferencia de poder y de responsabilidades en materia de funciones públicas desde el Gobierno central de un país hacia instancias gubernamentales subnacionales o instituciones autónomas” (Prada et.al, 2014, 15). Así, Colombia ha estructurado un Sistema de Salud a partir de cuatro elementos constitutivos: la descentralización, la rectoría ejecutiva central, la autoridad sanitaria territorial y la gobernanza. Estas herramientas se comprenden a partir de un principio de autoridades mancomunadas y compartidas que implican el reconocimiento de las capacidades de los entes territoriales al momento de asignar ciertas responsabilidades.

En consecuencia, este capítulo resalta la importancia de la comprensión y fortalecimiento de diversos aspectos que conforman el Sistema de Salud y Protección Social colombiano. En primer lugar, la gobernanza, entendida como la coordinación entre los distintos niveles de Gobierno; la institucionalidad y descentralización político-administrativa como el eje encargado de regular y organizar la estructura del Sistema de Salud, pero al mismo tiempo, como el elemento transversal a la hora de formular políticas públicas. Adicionalmente, resalta la importancia de entender la intersectorialidad como la coordinación e interacción entre los actores institucionales para lograr acciones que buscan el desarrollo social. Lo anterior permite insertar algunos planteamientos propuestos en la mesa de trabajo conformada por un grupo de expertos, orientados en cómo crear instancias, mecanismos y estrategias que permitan fortalecer la participación de todos los actores del Sistema de Salud, que puedan expresarse institucionalmente.

Así, este capítulo desarrolla dos grandes temáticas:

- I. La gobernanza entendida como la coordinación entre los distintos niveles de Gobierno enmarcada en la descentralización del Sistema de Salud.
- II. La intersectorialidad entendida como la coordinación e interacción entre los actores institucionales para lograr acciones que buscan el desarrollo social.

La gobernanza entendida como la coordinación entre los distintos niveles de Gobierno enmarcada en la descentralización del Sistema de Salud:

como se planteó inicialmente, mientras que la gobernanza puede entenderse como una forma de gobernar de manera conjunta, integrando la participación de los diversos actores, la rectoría es una función esencial en el desarrollo adecuado de la gobernanza. Justamente, en la Mesa de trabajo, se insistió en la importancia de entender la gobernanza del Sistema de Salud como la acción coordinada entre todos los actores de los distintos niveles de Gobierno. Lo anterior permitiría el desarrollo de instituciones más sólidas que cuenten con mayores competencias para la articulación entre los distintos niveles del Sistema de Salud y la participación activa de todos sus actores.

En Colombia, un actor relevante en el modelo de gobernanza está representado por las autoridades regionales y locales que están organizadas según el modelo político-administrativo del país que, como ya se mencionó, es descentralizado. Lo anterior implica, necesariamente, la transferencia de poderes y responsabilidades que estará mediada por el grado de autonomía territorial de estos entes descentralizados. En suma, la descentralización, gobernanza y autonomía territorial impactan de manera trascendental el ejercicio de la rectoría. Todos estos son susceptibles a diversos factores, como la participación activa de todos los actores del Sistema. Esta participación también involucra la necesidad de generar diálogo y cooperación entre el sector salud y otros sectores con el fin de que se dé mayor coordinación intersectorial. En ese sentido, una parte esencial de la gobernanza se localiza en las capacidades, no solo de la autoridad sanitaria central, sino también las de los demás actores.



Desde esa perspectiva, en la Mesa se identificaron algunas de las falencias más relevantes en cuanto al ejercicio de la rectoría y la gobernanza del Sistema de Salud. En primer lugar, se plantea que, si bien se reconoce al Ministerio de Salud como el ente rector del Sistema, este no cuenta con los canales apropiados para la interlocución con los distintos niveles territoriales. Esto sucede principalmente porque el ente rector actúa bajo el modelo Top-Down, es decir a través de un esquema verticalizado que evita que los actores se relacionen de manera efectiva. Esto ha llevado a que existan debilidades notables en el desarrollo de la gobernanza, sobre todo por el poco o débil relacionamiento de la rectoría central con los otros entes regionales, locales y nacionales, lo cual ha debilitado notablemente el ejercicio de la autonomía territorial.

Por lo anterior, es imprescindible el papel de la autoridad sanitaria por ser ese conjunto de instituciones que organizan el Sistema de Salud, no solo a nivel interno, sino también externo, es decir, en su interacción con otras condiciones o características particulares que hacen a unos contextos más susceptibles a ciertos aspectos que pueden afectar las condiciones de salud a diferencia de otros. En ese sentido, es importante resaltar que, para la gobernanza del Sistema de Salud, debe tenerse en cuenta que los procesos de salud y enfermedad que se dan en cada uno de los territorios son heterogéneos, por lo cual es imprescindible que el ente rector conozca las particularidades que puedan presentarse en los diversos contextos y las capacidades que tienen los entes territoriales para responder a los distintos retos que puedan presentarse.

La intersectorialidad entendida como la coordinación e interacción entre los actores institucionales para lograr acciones que buscan el desarrollo social:

el proceso salud-enfermedad está mediado por una serie de factores, vínculos e interacciones que intervienen directamente con las características socioculturales, económicas y políticas de cada contexto. Por lo cual, la salud debe ser entendida como una propiedad que emerge de un sistema mucho más amplio y complejo. De allí que la Protección Social sea un elemento imprescindible en la comprensión del Sistema de Salud, dado que permite entender aquellos factores que determinan las condiciones de salud de las poblaciones que en muchas ocasiones no están asociadas directamente con el funcionamiento interno del sistema de salud. En ese sentido, el diálogo de la autoridad sanitaria con todos los niveles del sector salud, así como con otros sectores, es imprescindible. De tal manera, la intersectorialidad se convierte en un elemento fundamental para el fortalecimiento y adecuado funcionamiento, no solo del Sistema de Salud, sino también de todos aquellos elementos que conforman el Sistema de Protección Social.

La intersectorialidad es la intervención coordinada de instituciones de más de un sector social, enfocadas en desarrollar acciones que respondan a los problemas relacionados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (Castell-Florit y Gispert, 2012). Así mismo, con

esta se pretende generar mecanismos estratégicos de cooperación que no sean fortuitos, sino que estén debidamente planeados y concertados estratégicamente para responder a las problemáticas identificadas y priorizadas (Castell-Florit y Gispert, 2012). Adicionalmente, esta debe estar enfocada en la convergencia y la interacción de los elementos constitutivos del individuo, es decir características sociales, culturales, económicas y políticas que intervienen en el bienestar a partir de la acción delegada a múltiples sectores; asunto que solo se puede ejecutar a partir de la coordinación acordada, participativa y responsable.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la intersectorialidad debe ser construida en cada territorio, a través de procesos graduales, debido a que esta puede expresarse de diferentes formas, dependiendo de la relación que tenga el sector salud con otros sectores. Una de estas formas es la coordinación, debido a que para la creación de sinergias en la administración pública es fundamental que todos los sectores que se relacionan con el Sistema de Salud, tengan una visión amplia de los problemas comunes para así generar estrategias de trabajo cooperativo y colaborativo que den como resultado una mayor coordinación intersectorial (MinSalud, 2020).

Teniendo presente que en diversos escenarios del Sistema de Salud colombiano se han intentado desarrollar estrategias de coordinación intersec-



torial, es importante tener en cuenta si dichas estrategias responden a las características de los contextos en los cuales se están llevando a cabo. En ese sentido y teniendo presente que los múltiples contextos en los que debe desarrollarse el Sistema de Salud son multidimensionales, los problemas de coordinación internos -entre los diversos niveles del Sistema de Salud-, y externos, -con otros sectores-, evidencian la necesidad de crear mecanismos de coordinación entre los diversos niveles de Gobierno. Justamente, en aras de fortalecer la coordinación entre diversos sectores, en Colombia se creó la Comisión Intersectorial de Salud Pública. Sin embargo, esta no se ha implementado de manera adecuada, entre otras razones porque se reúne con poca frecuencia, lo cual permite deducir que hay sectores donde ese tipo de coordinación intersectorial sigue sin ser un tema relevante. Adicionalmente, esta Comisión está integrada sólo por instancias gubernamentales del orden nacional, dejando de lado el complejo entramado institucional y excluyendo otras instancias que representen de manera más integral los diversos actores del Sistema.

En ese sentido, para el caso colombiano, se pueden identificar tres falencias importantes en las estrategias de coordinación intersectorial que han intentado llevarse a cabo. En primer lugar, el trabajo de los actores en los diferentes sectores es desarticulado: esto se interpreta como la carencia de diálogo, acuerdos y trabajo en equipo, tanto de los ministerios involucrados en el bienestar de los ciudadanos, como también de actores externos, a la hora de hacer efectivas las políticas públicas en salud. En segundo lugar, existen carencias frente a un esquema de trabajo conjunto, debido a que actualmente el país no cuenta con una metodología de acción colectiva, como tampoco promueve incentivos para que intervengan en el aumento de actividades intersectoriales. Finalmente, hay una sobreproducción normativa y jurídica, lo cual muchas veces impide la intersectorialidad, dada la rigidez y ambigüedad del marco normativo.

Adicionalmente, es importante resaltar que, tanto la desarticulación de los actores como la carencia de un trabajo conjunto para lograr iniciativas reales de intersectorialidad, son aspectos que están directamente relacionados con el desconocimiento de las capacidades locales que conforman cada uno de los niveles de Gobierno, lo cual ha limitado la creación de soluciones que respondan de manera específica a las necesidades y otros sectores que afectan la salud, en cada uno de los contextos, según sus particularidades.

De allí que la coordinación intersectorial sea cada vez más relevante en el contexto del Sistema de Salud y Protección Social colombiano. Otro aspecto importante para esta coordinación es la manera en la cual se destinan los recursos, debido a que cada sector tiene unos presupuestos establecidos y delimitados de manera estricta, lo que imposibilita que los recursos puedan ser invertidos en otros sectores, o en propósitos comunes que buscan el bienestar de los ciudadanos y son transversales a diferentes entidades nacionales, regionales y locales, para lo cual se necesitan presupuestos que se coordinen mejor y se complementen. Esto se da principalmente porque la norma que cubre las instituciones está diseñada para que no se desvíen los recursos, impidiendo que exista un presupuesto designado para la intersectorialidad, lo cual no permite el desarrollo de objetivos conjuntos entre diferentes sectores.

Adicionalmente, parte de la importancia de la coordinación intersectorial es la generación de estrategias que permitan incentivar acciones para cooperar y acrecentar las capacidades locales y así generar una mejor respuesta a las problemáticas de los territorios. De allí que, desde esta Mesa se propone como un aspecto fundamental la evaluación, medición y reconocimiento de las capacidades institucionales y financieras de los entes territoriales, para conocer de manera concreta cuáles son los aportes que estos pueden hacer a las prioridades del Gobierno central.

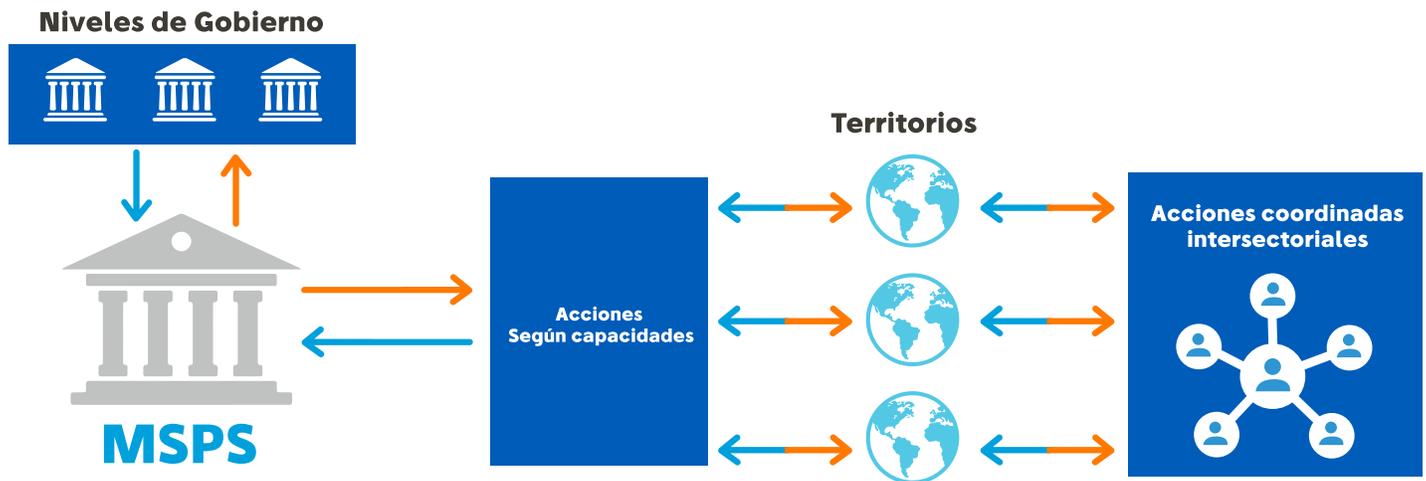


Gráfico 2. Esquema de Articulación entre los niveles de Gobierno para la gestión territorial

Descripción: este gráfico evidencia la importancia de la articulación y diálogo constante entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y los distintos niveles de Gobierno para el diseño y desarrollo de acciones en los entes territoriales acorde a sus capacidades, que desemboquen en acciones coordinadas de manera intersectorial

Así pues, la falta de capacidades de las entidades centrales, territoriales y locales tienen una repercusión importante en un adecuado ejercicio de la gobernanza. En ese sentido, en Colombia se ha querido incentivar el fortalecimiento de estas capacidades a través de enfoques como el de Gobernanza Multinivel (GM). En el Plan Nacional de desarrollo 2014-2018, se propuso este tipo de gobernanza como un mecanismo esencial para la “transformación efectiva de la relación entre la Nación y el territorio en todos sus niveles de Gobierno, caracterizándose por la articulación de las competencias y las ofertas institucionales, así como por la transferencia e instalación de capacidades en los niveles subnacionales y la optimización de dichas capacidades en el nivel nacional” (PND, 2014, 589). Pese a esto, no puede afirmarse que Colombia aún haya implementado o desarrollado un mecanismo concreto de Gobernanza Multinivel.

Puntualmente, la GM hace referencia al desarrollo de organismos que reconozcan los distintos niveles de Gobierno para la generación de espacios en los cuales los actores del Sistema de Salud puedan participar de manera directa y así lograr una efectiva coordinación para la toma de decisiones. Por lo anterior, se plantea la necesidad de que este modelo de gobernanza está esencialmente basado en el enfoque de ecosistemas, una corriente teórica que ha venido tomando fuerza y que propone la necesidad de aplicar la política pública, no solo en el sistema organizado como un todo, sino también sobre cada una de las unidades que lo conforman (Collella, 2011). Para el caso colombiano, las unidades hacen referencia a cada uno de los niveles, sectores y subsectores que conforman el Sistema de Salud. En ese sentido, para la gobernanza multinivel se hace imprescindible la comprensión de las interrelaciones entre las partes y los contextos en que estos se desarrollan, teniendo en cuenta las particularidades de los territorios y las capacidades de los gobiernos locales.

Por ello, la GM podría facilitar nuevos escenarios de coordinación intersectorial que reduzcan las brechas regionales y contribuyan al fortalecimiento de las capacidades territoriales, propiciando la generación de mejores resultados en las responsabilidades asumidas por los entes territoriales. Adicionalmente, según Pastrana et.al (2014), existen dos tipos de Gobernanza Multinivel. La tipo I otorga mayor protagonismo a los Estados, operando en los distintos niveles, evitando una dispersión amplia de la autoridad. Esta predomina en la Unión Europea. Por su parte, la tipo II, aunque también funciona en los distintos niveles como la tipo I, lo hace de manera simultánea en diferentes escalas territoriales. Por lo anterior, su enfoque es esencialmente policéntrico, por lo que no establece jerarquías claras y se basa en las demandas sociales más que en los criterios territoriales.

En la Gobernanza Multinivel tipo II, los poderes subnacionales juegan un papel fundamental. En Suramérica, por ejemplo, el rol de estos poderes ha tomado cada vez más fuerza, debido a las políticas de descentralización que han tenido lugar en países como Chile, Brasil, Argentina, Ecuador, Colombia, entre otros. Si bien, aunque parte de las dificultades de estas políticas de descentralización es la transferencia de recursos suficientes para la gestión, sí se han delegado mayores responsabilidades financieras que estaban exclusivamente a cargo de los niveles nacionales y que en algunos de estos países han pasado a los gobiernos locales. Pese a esto, no es factible afirmar que, dado lo mencionado, en los países suramericanos se den aún procesos de Gobernanza Multinivel tipo II, sino que más bien se han venido generando una serie de modelos propios de este tipo de gobernanza (Pastrana et.al, 2014).



Estos nuevos modelos para pensar la gobernanza demuestran la necesidad de la coordinación interna y externa de todos los sectores e instituciones que pueden afectar el estado de salud de las poblaciones. En conclusión, desde la Mesa, se proponen diversos retos para el Sistema de Salud y Protección Social colombiano. En primer lugar, la descentralización debe estar ajustada a las capacidades de los entes territoriales, fortaleciendo el ejercicio de su autonomía y logrando una mejor gestión territorial. En segundo lugar, la autoridad sanitaria central debe propiciar más espacios e instancias donde se logre la articulación entre los distintos niveles de Gobierno y los actores que lo conforman. Adicionalmente, debe fortalecerse la coordinación con otros actores fuera del sector salud que pueden influir de manera directa e indirecta en el estado de salud del país.

El siguiente capítulo se ocupa de analizar los resultados del sistema contrastando la disponibilidad de los recursos, haciendo énfasis en los territorios rurales y rurales dispersos; esto con el fin de pensar en políticas, planes o programas que cierren las brechas de la inequidad territorial, el acceso y la calidad.

Las referencias Bibliográficas de este capítulo las puede encontrar en la sección bibliografía al final del documento.

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO 2

GOBERNANZA MULTINIVEL

Objetivo Crear un órgano de Gobernanza Multinivel para fortalecer la interacción entre diversos actores fuera y dentro del Sistema de Salud

ODS



ESTRATEGIA 1

Fortalecer la rectoría para responder de manera óptima a las funciones esenciales del SGSSS

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Fortalecer las relaciones entre instituciones y actores que influyen en el ecosistema de salud	★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, Congreso y Presidencia 	Es importante priorizar las relaciones institucionales que afectan directamente los determinantes, los riesgos y la sostenibilidad financiera en salud
Revivir el Consejo Nacional de Seguridad Social – como un escenario de concertación de políticas operativas del sistema de salud	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural y operativo MSPS	MSPS, Presidencia de la República y Congreso 	Por medio de iniciativa ejecutiva o legislativa se puede revivir el Consejo Nacional de Seguridad Social, donde se discuta, articule y desarrolle asuntos cruciales de la política pública en salud

¹Recursos: la medición va de 1(*) a 5 (*****), siendo 5 el mayor porcentaje necesario para desarrollar la acción

²Impacto: la medición va de 1(*) a 5 (*****), siendo 5 el mayor porcentaje necesario para desarrollar la acción

³Dimensiones: se categorizan como:

- Estructurales: requieren cambios o creación de acciones jurídicas, por lo general de iniciativas del Ejecutivo o del Legislativo (ej., leyes, decretos)
- Administrativas: no requieren cambios jurídicos, pueden ser de origen netamente del Ejecutivo y buscan crear o desarrollar acciones de un plan o proyecto social
- Operativos: son acciones o lineamientos que buscan desarrollar un objetivo específico de un programa, plan o proyecto

ESTRATEGIA 2

Experiencias locales de trabajo intersectorial

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Tomar como referencia las experiencias exitosas de las entidades territoriales (ET)	★	★★★★★	Corto plazo	Operativo del SGSSS	MSPS y Entidades Territoriales 	Crear espacios para propiciar el diálogo entre la autoridad sanitaria central y las autoridades locales

ESTRATEGIA 3

Concertación entre los distintos niveles de administración y diferentes sectores del Sistema

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Crear un Centro de Ciencias de la Decisión de carácter mixto	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural del SGSSS	MSPS, Congreso, Presidencia, Academia, Prestadoras de Servicios de Salud, Aseguradoras 	Este centro debe enfocarse en recuperar e impulsar trabajos integrados en sistemas dinámicos, decisiones bajo incertidumbre radical, gestión de riesgo, modelos de dinámica histórica y diseño de mecanismos descentralizados de toma de decisiones con participación de actores
Desarrollar espacios a nivel territorial para la presentación de iniciativas de política pública con el fin de establecer un conjunto de competencias con compromisos de carácter decisorio y vinculante	★★★★	★★★★★	Corto plazo	Operativo en el SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales, Aseguradoras y multilaterales 	Presentación de iniciativas de política pública; la deliberación de propuestas de diseño o ajuste de políticas públicas; compartir información; el análisis de situación e identificación de problemas en cada territorio; la deliberación y toma de decisiones en función de alinear el rumbo de los componentes del Sistema; la declaración conjunta de visión de futuro y acuerdos sociales relevantes

ESTRATEGIA 3

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Establecer una instancia que fortalezca la participación de los actores del SGSSS	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo en el SGSSS	MSPS, Congreso, Presidencia 	Participación del nivel nacional y territorial con diferentes actores involucrados como: gubernamentales, no gubernamentales, comunitarios, sociedad civil, gremios, academia y legisladores

ESTRATEGIA 4

Crear organismos multilaterales con participación plural

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Desarrollar un espacio para compartir experiencias aprendidas durante la pandemia por COVID-19	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Administrativo en el SGSSS	MSPS, Sociedad Civil, EPSS, IPSs, Entidades Territoriales, ONGs, OMS y ONU 	Este mecanismo debe estar dentro del marco de los objetivos estratégicos de sostenibilidad y tener participación público-privada

FORTALECIMIENTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Objetivo Crear mecanismos para fortalecer la descentralización en salud para el mejoramiento de la gestión territorial

ODS



ESTRATEGIA 1

Fortalecer la Gestión Territorial

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Implementar modelos de gestión territorial en salud ajustados según las características demográficas	★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural y administrativo del SGSSS	MSPS, Entidades Territoriales 	Incentivar la articulación entre los diversos niveles de Gobierno, de manera tal que la instancia nacional llegue a los territorios

ESTRATEGIA 2

Crear una oficina de descentralización al interior del Ministerio de Salud

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Crear una dirección general de descentralización y autonomía territorial en salud	★★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSSS	Congreso de la República, Presidencia, MSPS y Entidades Territoriales 	Diseñar espacios que administren la coordinación entre la autoridad sanitaria y las autoridades locales

ESTRATEGIA 3

Crear una misión que evalúe el modelo actual de descentralización

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Establecer un grupo de expertos que revisen el modelo actual de descentralización	★★★★★★	★★★★	Mediano plazo	Operativo en el SGSSS	MSPS, Academia y ONGs 	Conformar un grupo de trabajo integrado por diversos actores, públicos y privado que evalúen el modelo de descentralización en diferentes áreas (ej, "misión para implementar la producción de vacunas en el país")

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Objetivo Fortalecer la Coordinación Intersectorial para crear estrategias conjuntas entre diversos sectores

ODS



ESTRATEGIA 1

Crear instancias que permitan compartir las experiencias con las entidades locales de salud y con otros sectores

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
<p>Crear una instancia de diálogo y gestión de salud pública entre los actores que impacten la salud de las poblaciones</p>	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSSS	<p>Todos los Ministerios y Entidades Territoriales, DNP</p>	<p>Este sistema debe contar con herramientas de medición y evaluación de impacto de los diferentes proyectos de desarrollo social en el marco Objetivos Multimodales (ej., implementar líneas base y modelos de información mixtos)</p>

ESTRATEGIA 2

Fortalecer la Comisión Intersectorial de Salud Pública

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
<p>Desarrollar lineamientos y estrategias para el funcionamiento exitoso de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP)</p>	★	★★★★	Corto plazo	Administrativo y operativo del SGSSS	<p>Todos los Ministerios, Entidades Territoriales, DNP, DAPRE y DPS</p>	<p>Desarrollar reglamentos, agenda y cronograma de gestión de la CISP</p>
<p>Rediseñar e implementar los Comités Interinstitucionales y los Comités Territoriales de SGSSS</p>	★	★★★★	Corto plazo	Administrativo del SGSSS	<p>MSPS, Congreso y Presidencia de la República</p>	<p>Revisar el entramado institucional y plantear un esquema de comités o comisiones donde puedan participar diversos actores sociales, del mercado y de los entes territoriales</p>

ESTRATEGIA 2

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Estudiar e implementar el esquema de gerencia intersectorial en salud de otros países	★	★★★★	Corto plazo	Operativo en el SGSSS	Academia, MSPS, Multilaterales y ONGs 	Priorizar las estrategias orientadas misiones estratégicas en salud

AGENDA INTERNACIONAL EN SALUD

Objetivo Crear una agenda internacional en salud en la que se organicen acciones estratégicas con otras naciones y organismos multilaterales

ODS



ESTRATEGIA 1

Definir objetivos globales

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Diseñar objetivos globales para el ejercicio de la gobernanza a nivel internacional	★★★★★	★★★★★★	Largo plazo	Estructural del SGSSS	Organismos Multilaterales, MSPS, Cancillería OPS	La oficina de Cooperación Internacional del MSPS debe implementar una agenda internacional con objetivos específicos y estratégicos para el trabajo mancomunado y vinculante en salud

CONVENCIONES

CAPÍTULO 2

- 
Entidades Territoriales
- 
Aseguradoras (EPSs)
- 
Sociedad Civil
- 
ONGs
- 
Ministerio de Salud y Protección Social
- 
Prestadores de servicios de salud (IPSS)
- 
Academia
- 
Todos los Ministerios
- 
Cancillería
- 
Senado de la República
- 
Presidencia de la República
- 
Organización Mundial de la Salud
- 
Organización de las Naciones Unidas
- 
OPS
- 
DPS
- 
DNP
- 
DAPRE
- 
Organismos multilaterales



3

Recursos y Desarrollo

Sustentable y Sostenible

Capítulo 3

EQUIDAD Y CONECTIVIDAD DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS, CAPITAL HUMANO E INFRAESTRUCTURA

El bienestar y la protección social (PS) se han configurado como una forma integral de garantizar los derechos humanos de los ciudadanos. Como se ha dejado entrever en los capítulos anteriores, este concepto exige la instrumentalización de un gran paquete de facilidades normativas para lograr la plena realización de las exigencias económicas, culturales y sociales a lo largo del ciclo de la vida. En este sentido, la protección social se transforma en una política fundamental del Estado y sobre todo una política social; acción que se ha pretendido garantizar por medio de instrumentos legales tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (CEPAL, 2019).

Dicho lo anterior, la protección social se transforma en un instrumento de desarrollo, equidad y progreso de las naciones. Lo anterior, permite mencionar a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales a partir del 2015 han llamado a reconocer explícitamente a la protección social como un objetivo de desarrollo sostenible (ODS) (ONU, 2013a, b y c).

Tras conocer la relevancia de este desafío, es indispensable conocer cuáles son los recursos necesarios para llevar a cabo este concepto. Antes de ahondar en dicho asunto, es clave

revivir los argumentos fundamentales detrás de la protección social (PS): el primero responde a las garantías de bienestar básicas, el segundo señala los aseguramientos frente a los riesgos derivados del contexto o ciclo de vida de los ciudadanos y el tercero recurre a la moderación o reparación de daños sociales derivados de la materialización de problemas o riesgos sociales (CEPAL, 2019, 15). Como consecuencia de lo anterior, la PS no se estanca en las problemáticas de riesgo, sino que busca responder a problemas integrales y estructurales del bienestar (ibid.).

En aras de cumplir con los grandes retos, la PS se ha desenvuelto en dos tipos de instrumentos de desarrollo. El primero tiene relación con las políticas sectoriales, las cuales están a cargo de la provisión de servicios sociales con los que se fortalece el desarrollo individual y comunitario (ej., políticas en salud, educación, empleo, vivienda). En segundo lugar, están las políticas de promoción social, éstas se orientan a mejorar y reforzar las capacidades de generación autónoma de ingresos de la población (CEPAL, 2019, 15). Autores como Cecchini y Martínez afirman que “la protección social debiera garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite sostener niveles de calidad de vida considerados básicos para el desarrollo de las personas, facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar el trabajo decente” (Cecchini y Martínez, 2011) **(Gráfico 3)**.

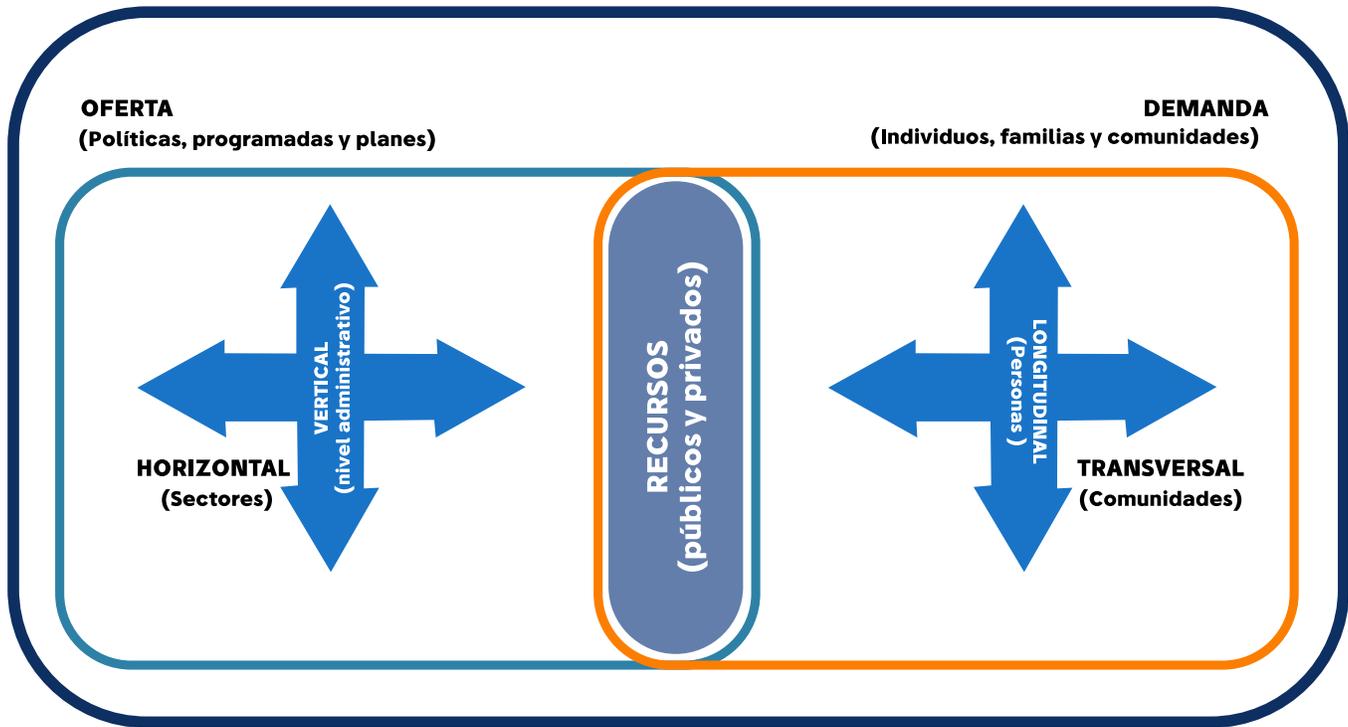


Gráfico 3. Protección Social. CEPAL, 2011, Adaptación AVS, 2021

Tal y como se ha mencionado, la PS es una estructura integral que garantiza el bienestar de la sociedad buscando cumplir con un requisito de equidad. Es entonces cuando este esquema requiere una gama de instrumentos y recursos que le permitan cumplir su objetivo¹. Para empezar, la PS tiene tres pilares (CEPAL, 2019):

- **Pilar I – No contributiva:** en este campo se encierran las transferencias en efectivo o especie, PTC, subsidios de consumo, empleos de emergencia, promoción y acceso a servicios sociales existentes
- **Pilar II – Contributiva:** aquí se hace referencia a los regímenes de pensiones contributivas, seguros de salud, seguros de desempleo y licencias (ej., maternidad, enfermedad)

- **Pilar III – Regulación del mercado laboral:** corresponde a los instrumentos normativos y supervisión de estándares laborales que fomentan y resguardan el trabajo decente (ej., mercado laboral formal, seguridad en el trabajo, salarios mínimos, políticas antidiscriminación, etc.)

Teniendo en mente estos pilares Así Vamos en Salud en el marco de su proyecto Construyamos nuevos paradigmas de salud y protección social, decidió analizar la manera como se desenvuelven las fuentes actuales de recursos del sistema de salud para contribuir en un esquema integral de protección. Para empezar, es indispensable entender que el sistema de salud al hacer parte del sistema integral de PS está conformado por dos modelos², oferta y demanda. El primero, corresponde a los planes y programas dentro del ecosistema; mientras que el segundo, se refiere a los individuos y comunidades beneficiarios de la oferta.

¹Este capítulo se restringe sólo al análisis de los recursos, más no a otro tipo de instrumentos de regulación.

²Es relevante mencionar que dependiendo del corto o largo plazo estos modelos se puede comportar de forma diferente. Este documento no aborda dicho dinamismo.

Dichos modelos se relacionan internamente a partir de dinámicas que conectan la oferta con la demanda. En el caso de la oferta la dimensión vertical responde a los niveles administrativos que diseñan, desarrollan y financian los programas, como también a un campo horizontal, donde se abarcan los sectores de acción. Frente a la demanda, el plano longitudinal corresponde al ciclo de vida del individuo, mientras que el transversal se refiere a los grupos poblacionales. En este orden de ideas, los recursos de la oferta se van a clasificar en tres grandes grupos:

1. Recursos financieros
2. Infraestructura y conectividad
3. Recurso humano o capital humano

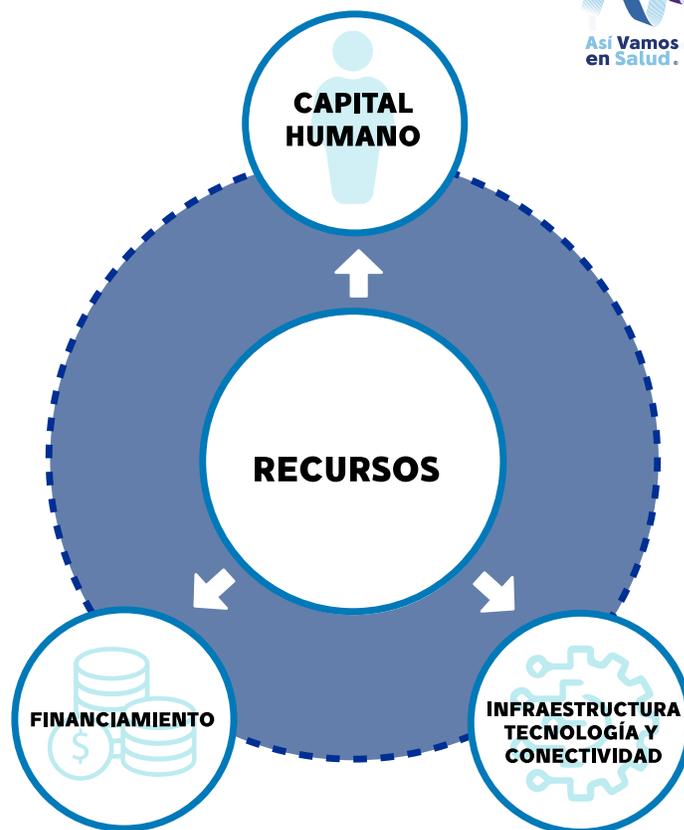


Gráfico 4. Recursos de la oferta, Elaboración propia, AVS, 2021



PROBLEMÁTICAS EN LA ESTRUCTURA FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD

Es importante iniciar este acápite recordando cómo está conformado el actual sistema financiero del sistema de salud. Éste se categoriza de la siguiente forma:



- I. Cotizaciones:** la población asalariada y los trabajadores independientes con capacidad deben aportar el 12,5% de su salario mensual. Los primeros lo hacen con los empleadores y a estos les corresponde aportar el 8,5% del salario del empleado a la seguridad social en salud. Los empleados aportan el 4% restante. En el caso de los independientes deben cotizar la totalidad del 12,5% sobre el 40% de sus ingresos y hasta un máximo de 25 salarios mínimos mensuales. El cotizante cubre con su aporte a sus beneficiarios que incluyen a su cónyuge o compañero (a) permanente, sus hijos menores de 25 años o mayores de esta edad en caso de tener una incapacidad permanente; también incluye a sus padres en caso de que dependan económicamente del cotizante.
- II. Recursos del Presupuesto General de la Nación:** recursos que aportan las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios.
- III. Sistema general de participaciones:** el Gobierno nacional hace una transferencia anual a las Entidades Territoriales (ET) para la financiación de los servicios a su cargo. Parte de estos recursos son destinados por las ET para cumplir los siguientes gastos en salud: 1) Financiación o cofinanciación de subsidios en salud a la demanda, 2) Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y 3) Acciones de salud pública.

- IV. Rentas territoriales destinadas a salud:** las entidades territoriales destinan parte de sus rentas, obtenidas por concepto de impuestos a distintas actividades tales como apuestas, consumo de licor y cigarrillo, juegos de suerte y azar, etc., para financiar servicios de salud como la renovación tecnológica, la unificación del Plan de Beneficios en Salud (PBS), servicios prestados a población pobre no cubierta, prestación de servicios régimen subsidiado, etc. (ver anexo 1).
- V. Otros recursos del sector:** otras fuentes de recursos del sector son: 1) el Fondo de salvamento y garantías para el sector salud, 2) las cuentas maestras del régimen subsidiado, 3) los aportes patronales 4) recursos excedentes de rentas cedidas y 5) gasto de bolsillo de los individuos o familias
- VI. Regímenes especiales:** los regímenes especiales se financian de manera separada y definida de manera autónoma de la siguiente forma (Castañeda et-al, 2012):
- a. Las fuerzas militares y policiales:** se financian con aportes de la nación y cotizaciones sobre los ingresos de los miembros activos retirados y jubilados.
 - b. Ecopetrol:** maneja las cotizaciones de sus afiliados para la administración de un sistema independiente de salud que funciona tanto como EPS como IPS, y cuenta con uno de los sistemas con mayor gasto per cápita.
 - c. Las universidades:** bajo el principio de autonomía universitaria definen su propia seguridad social que se financia de las contribuciones de los afiliados y el aporte patronal, prestando servicios en sus instalaciones propias y contratando a terceros.
 - d. Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio:** los recursos de este compuesto por las contribuciones de los afiliados y las contribuciones patronales, tiene como objetivo cubrir las prestaciones de servicios de los afiliados y es administrada por la Fidupervisora.
- VII. Sistema General de Riesgos Laborales:** es un conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos destinados a atender, prevenir y proteger a los trabajadores de los accidentes y enfermedades que puedan ocurrirles en su trabajo. Este sistema se financia mediante las cotizaciones de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las cuales cada afiliado debe cotizar un porcentaje de sus salarios u honorarios que depende del nivel de riesgo de su actividad económica (Ponce et-al, 2018).

Si bien, el diseño parece tener una estructura robusta y sofisticada, los integrantes de este grupo de trabajo concuerdan que este esquema carece de un carácter universal en el esquema de aseguramiento, lo que se transforma en una de las problemáticas financieras más críticas del SGSSS, dado que se impide hacer una trazabilidad adecuada de los recursos.

Dicha ausencia de trazabilidad efectiva de los recursos que se emplean en el Sistema de Salud, es en sí mismo una de las causas de los problemas financieros de éste; ya que facilita el uso ineficiente de los mismos y la existencia de hechos fraudulentos y eventos de corrupción en muchos niveles del sistema. Este último asunto, se ha planteado como una problemática que requiere una pronta solución.

Desde la perspectiva de la operación del sistema, una preocupación central de la Mesa de discusión es el envejecimiento de carteras entre aseguradores y prestadores, pues dificulta y encarece el funcionamiento de los prestadores de servicios en el sistema, como también se transforma en un asunto que impide la sustentabilidad en el largo plazo del SGSSS.

Por último, los expertos afirman que todavía no hay una claridad frente al SGSSS al que se espera llegar, como tampoco la ruta de manejo de los recursos. Es decir, hace falta una visión de mediano y largo plazo que compartan todos los agentes y actores del sistema. Lo mencionado trunca tres asuntos indispensables en el funcionamiento del andamiaje financiero. El primero, es que impide implementar soluciones a los problemas identificados. El segundo, es que imposibilita la identificación clara de carencias del sistema salud en los territorios, lo que lleva a que los tomadores de decisiones no tengan una clara noción de las necesidades, por lo cual la distribución y asignación de los recursos no suele ser totalmente coherente. Finalmente, la inestabilidad en la ruta de acción del sistema ha limitado las fuentes alternativas de financia-

miento; esto quiere decir que podrían existir flujos financieros privados o públicos que diversifiquen el SGSSS, lo cual incrementaría la sustentabilidad y por consecuencia, la sostenibilidad.

Después de analizar la estructura del SGSSS y algunas de las problemáticas más críticas, corresponde profundizar en el trabajo sectorial que exige el esquema financiero. En este documento el concepto de intersectorialidad se define como “la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (FLACSO., 2015). En este sentido la protección social debe ser entendida como el conjunto de políticas sociales que actúan en conjunto, en pro de una realización completa de los derechos humanos, económicos y sociales de una población (CEPAL, 2020), esto con el fin de crear sociedades equitativas e incluyentes.

Como se vio anteriormente, en medio del plano de las políticas y los programas sociales que debería adoptar un territorio, se encuentran las políticas sectoriales que no son más que una invitación para vincular a todos los sectores que participan en el progreso de una región, de esta forma se busca articular los diferentes campos que intervienen directamente en el progreso social. De acuerdo con la CEPAL, en todas las etapas del desarrollo de un sistema de PS, es necesario tener en cuenta 2 ejes importantes **(Gráfico 3)**:

- **El eje vertical:** donde se ubican los niveles administrativos de políticas y programas
- **El eje horizontal:** donde se incluyen los sectores que deban participar

En este orden de ideas, es evidente la interrelación que existe entre el origen sectorial de los recursos y la oferta/demanda, lo cual presupone una distribución de éstos; acción que idealmente debería hacerse a partir de un principio de equidad. Si bien la CEPAL (2011) hace un magnífico acercamiento a la arquitectura sobre la que se construye la PS, hace falta una estructura angular que en este caso son los recursos.

Sin la necesidad de ahondar en la naturaleza (pública o privada) de los insumos, es importante comprender que hay una interrelación sectorial de éstos. Lo anterior presupone que las áreas involucradas en la PS deberían aportar de forma constante, justa y equitativa al desarrollo social. Dicho esto, la PS y el bienestar ciudadano no son exclusivos del SGSSS.

Para el caso específico de recursos financieros, y pensando en la sostenibilidad a largo plazo, los participantes de la Mesa concuerdan que sería conveniente que el MSPS en conjunto con la ADRES y los actores del sistema analicen tres estrategias:

A. Simplificar el SGSSS: para lograr establecer un SGSSS sustentable, es indispensable que se revise y modifique la estructura financiera actual, lo anterior implica disminuir al máximo los costos de transacción, la demora en el flujo de los recursos (aspectos que hace que los agentes acudan a agentes financieros para financiar su operación), eliminar la fragmentación generada en el sistema por la separación de seguros y regímenes de salud y por último, disminuir la ineficiencia en el gasto, reduciendo los costos de recaudo y protegiendo el dinamismo de la liquidez del sistema. **(Gráfico 5)**

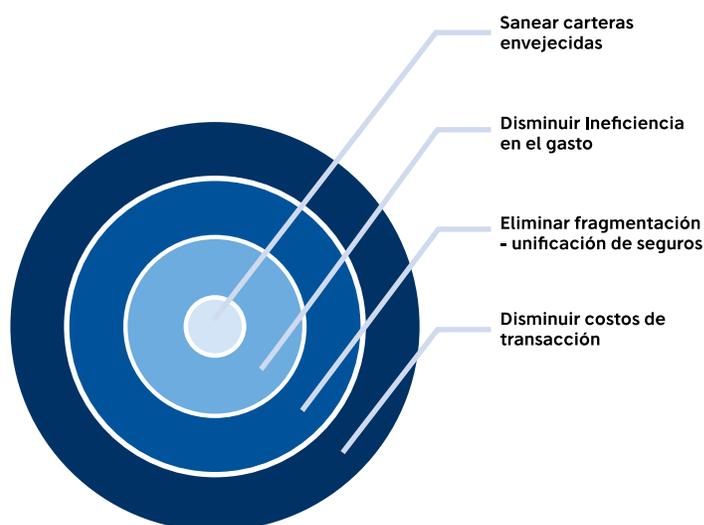


Gráfico 5. Estrategia de simplificación de SGSSS. Elaboración propia, AVS, 2021

B. Diversificar las fuentes de financiamiento: el propósito de incrementar el flujo financiero del SGSSS busca definir un consenso político para que el gasto público en salud corresponda al menos al 6,5% del PIB y éste se asegure anualmente (Actualmente el gasto público colombiano en salud es cerca del 5,9% según la OCDE). De igual forma buscar que el 70% del gasto total en salud corresponda a gasto público y el otro 30% a gasto privado que privilegie seguros complementarios. Conseguir nuevas fuentes de financiamiento, para aumentar la inversión en salud, lo que puede traducirse en incremento del gasto fiscal y estímulo a los seguros voluntarios privados complementarios así como la inversión en investigación. Por último, optimizar el uso de recursos actuales, y buscar una distribución más equitativa de éstos. Algunas de las posibles acciones con más impacto son las siguientes: **(Gráfico 6)**

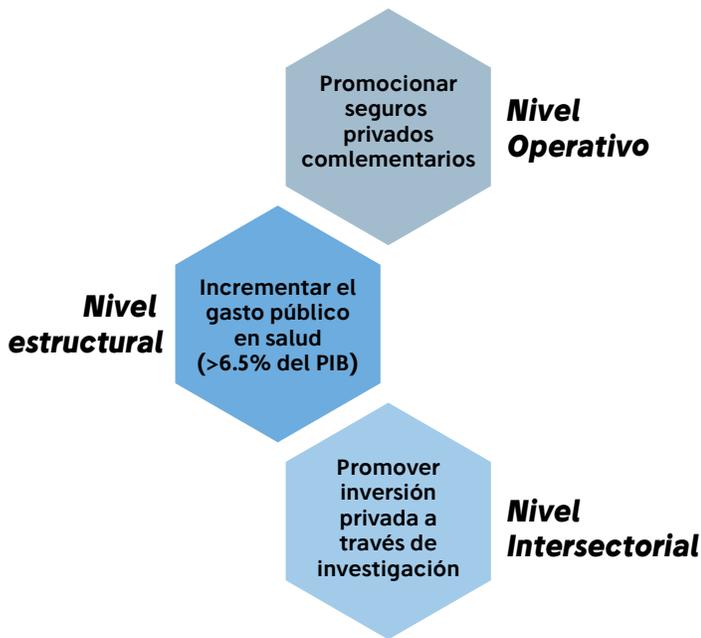


Gráfico 6. Acciones para diversificar las fuentes de financiamiento. Elaboración propia, AVS, 2021

C. Determinar hoja de ruta del SGSSS:

el esquema financiero del SGSSS debería trazar una hoja de ruta que le permita visibilizar y soportar los cambios del futuro sin la necesidad de alterar su rendimiento. Para esto se propone implementar sistemas comparados con rentabilidades mínimas. También definir estándares de calidad y eficiencia para todos los actores del sistema, donde se reconozca los logros. En cuanto a las opacidades, es importante incluirlas dado que pueden ser variables que afecten el largo plazo. Por último, se recomienda implementar sistemas de vigilancia, control y transparencia en todos los niveles financieros, esto permite hacer un seguimiento de las cuentas. En este orden de ideas, los integrantes de la Mesa identificaron dos acciones estructurales que, acompañadas de algunas herramientas transversales, pueden ser un buen inicio de dirección que debería tomar el SGSSS. **(Gráfico 7)**

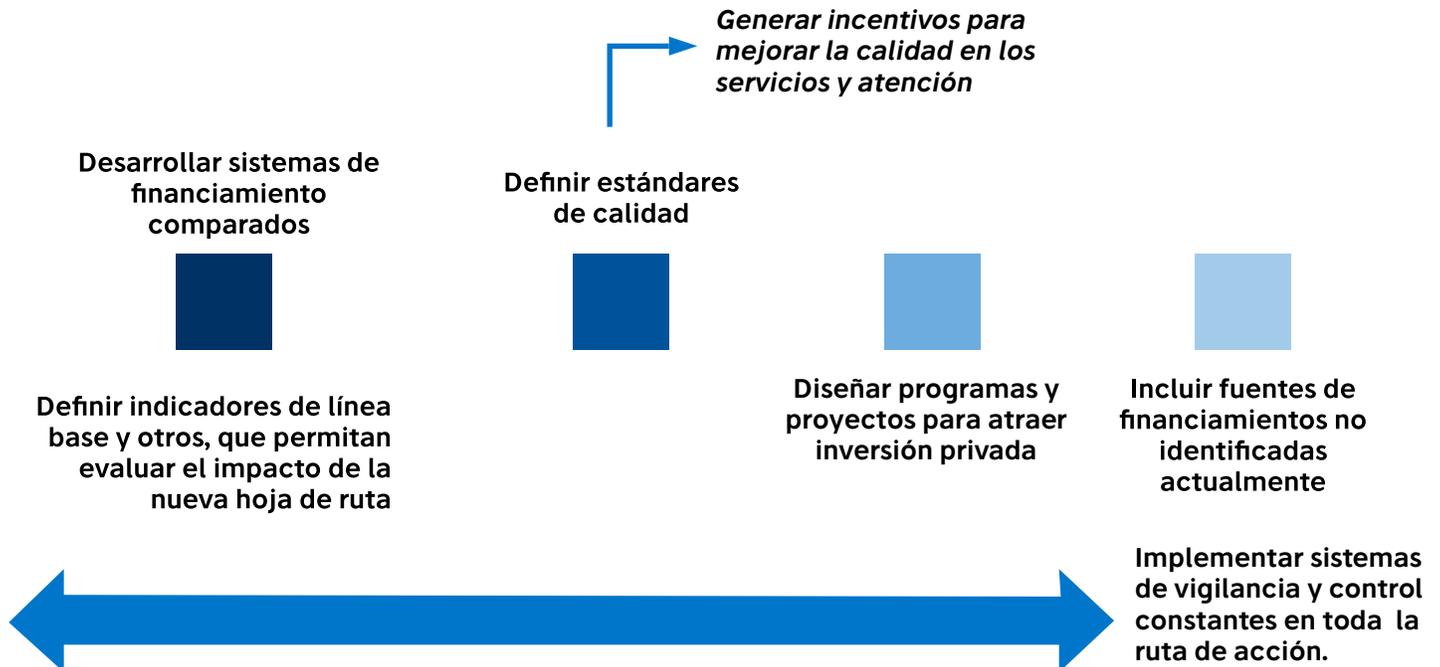


Gráfico 7. Flujo de desarrollo de políticas en Salud, Elaboración propia, AVS, 2021

Tras mencionar las posibles estrategias de acción, el siguiente segmento de este capítulo analiza la distribución de los recursos de infraestructura y conectividad, esto con el fin de cuestionar los retos de equidad presentes en el SGSSS.

INFRAESTRUCTURA Y CONECTIVIDAD

Con el propósito de evidenciar la disponibilidad actual de los recursos en infraestructura activos en salud y la conectividad entre los mismos, se entiende acá la conectividad como uno de los primeros pasos para dar un salto cualitativo y cuantitativo a la era digital en el país y en el sector salud, ello lograría una transformación en el concepto de las herramientas necesarias para intervenir la salud. La conectividad facilita el acceso a los servicios de salud. La Mesa hizo una primera aproximación al stock existente y su distribución dependiendo del grado de ruralidad del territorio nacional. En el **(Gráfico 8)**, se puede apreciar la relación entre el total de activos en infraestructura para salud per cápita con el índice de ruralidad de la Universidad de Los Andes; aquí se evidencia que a mayor ruralidad hay menor infraestructura en salud por habitante.

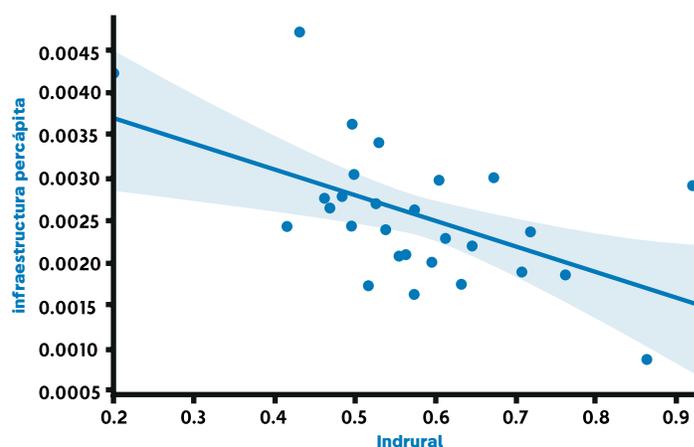


Gráfico 8. Relación de infraestructura en salud y ruralidad en Colombia. Fuente: Propia AVS, 2020

Muestra la línea que mejor explica la relación entre el porcentaje de la población que es rural de un departamento y la infraestructura en salud per cápita (calculada como la suma de todos los activos en salud sobre la población) de este. Esta muestra, coherente con lo esperado, que, en Colombia, a mayor ruralidad hay menor infraestructura en salud por habitante.

Otro indicador de la distribución de insumos en el territorio colombiano se puede ver en el **(Gráfico 9)**, donde la mayor densidad de camas hospitalarias por 1.000 habitantes se encuentra en San Andrés, Atlántico, Caldas, Cesar, Risaralda y Amazonas, no por contener la mayor cantidad de camas si no por el bajo denominador que diluye el indicador. En números absolutos son las grandes ciudades encabezadas por Bogotá quienes tienen las mejores cifras. En otras palabras, las regiones más urbanas son las que muestran ventajas en términos de recursos frente a las zonas más rurales.

Con esta breve introducción, se muestra la necesidad de identificar las carencias del SGSSS en términos de capacidad de infraestructura y conectividad. Para lograr lo anterior, se planteó al grupo de expertos la siguiente cuestión: ¿cómo se califica la oferta de recursos de infraestructura frente a la demanda en salud?, este asunto entendido en diferentes dimensiones: tecnologías en salud, altas tecnologías en salud, camas hospitalarias, vías de acceso y conectividad como recursos para solucionar la inequidad.

En este orden de ideas se identifican tres tendencias y concordancias:

1. Insuficiencia de los recursos e inequidades en la distribución
2. Necesidad de un modelo de conectividad entre los territorios para suplir la demanda
3. Carencia de una política nacional de infraestructura en salud

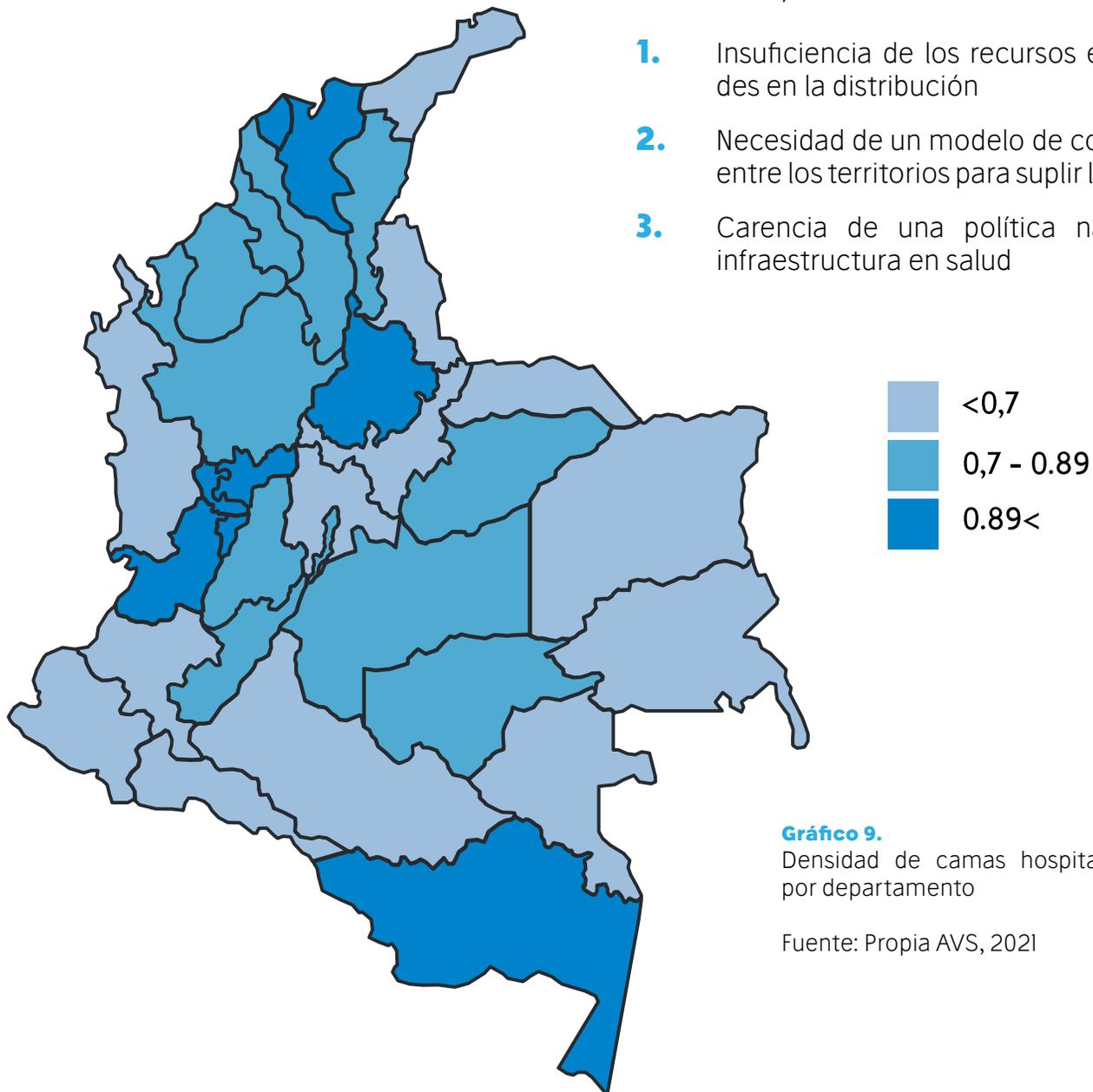


Gráfico 9.
Densidad de camas hospitalarias por departamento

Fuente: Propia AVS, 2021



Insuficiencia de los recursos e inequidades en la distribución:

En primer lugar, se manifestó de manera generalizada la insuficiencia de la oferta de recursos de infraestructura en el sector salud para satisfacer todas las necesidades de la población; de forma consecuente se evidenció que dicha carencia se agudiza en poblaciones rurales y dispersas, concentrándose en los territorios más urbanos. Un ejemplo de la insuficiencia a nivel nacional se puede apreciar en la disponibilidad de camas hospitalarias por cada mil habitantes. En el **(Gráfico 10)** se evidencia que Colombia para el año 2017 tenía un promedio de 1.7 camas por cada 1000 ciudadanos, ubicándose debajo del promedio de Latinoamérica (2.1) y con una gran diferencia respecto al promedio de los países de la OCDE (4.7).

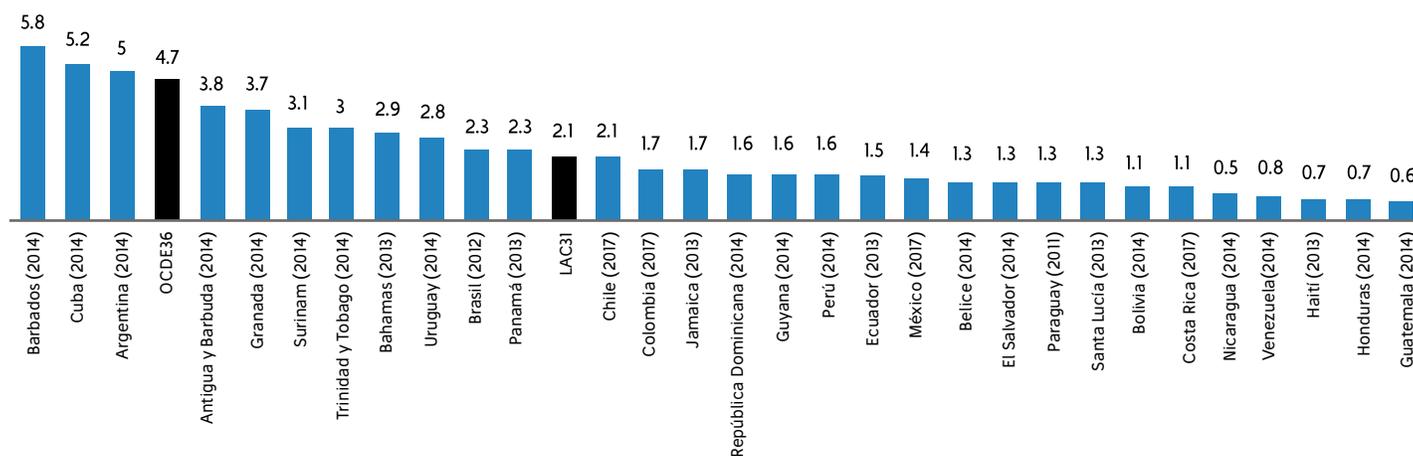


Gráfico 10. Número de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes, último año disponible (varía dependiendo del país). OCDE, 2018, Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.

Dentro de esta línea de análisis, se puede comparar a Colombia con otros países vecinos y con el grupo de la OCDE en cuanto a la disponibilidad de tecnologías médicas como tomógrafos computarizados, unidades de resonancia magnética, radiografía y mamografía. Dentro de este grupo de insumos de diagnóstico se puede evidenciar que Colombia se ubica debajo del promedio para Latinoamérica y considerablemente más abajo del promedio para la OCDE. En el caso de mamógrafos Colombia tiene 11.5 unidades por cada millón de mujeres entre los 50 y 69 años; frente a tomógrafos computarizados el país cuenta con 1.2 equipos computarizados por cada millón de habitantes. En cuanto a las unidades de resonancia magnética y radioterapia, Colombia está alrededor de los 0.2 y 1.5 dispositivos por millón de habitantes respectivamente **(Gráficos 11, 12, 13 y 14)** (OCDE, 2018).

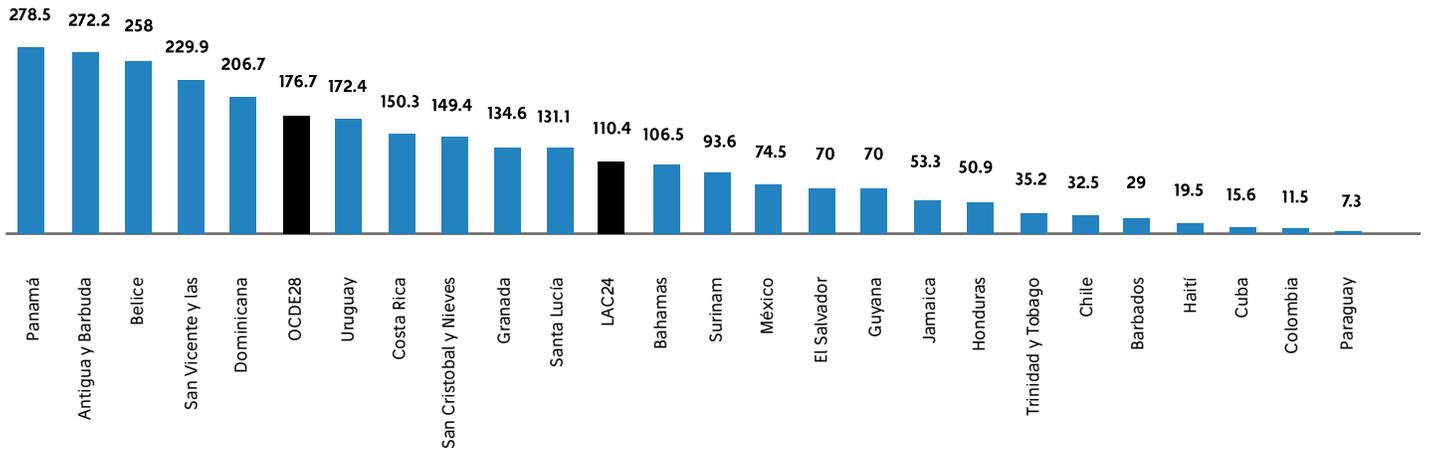


Gráfico 11. Unidades de mamografía por millón de mujeres entre 50 - 69 años, 2018. OCDE, 2018, Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.

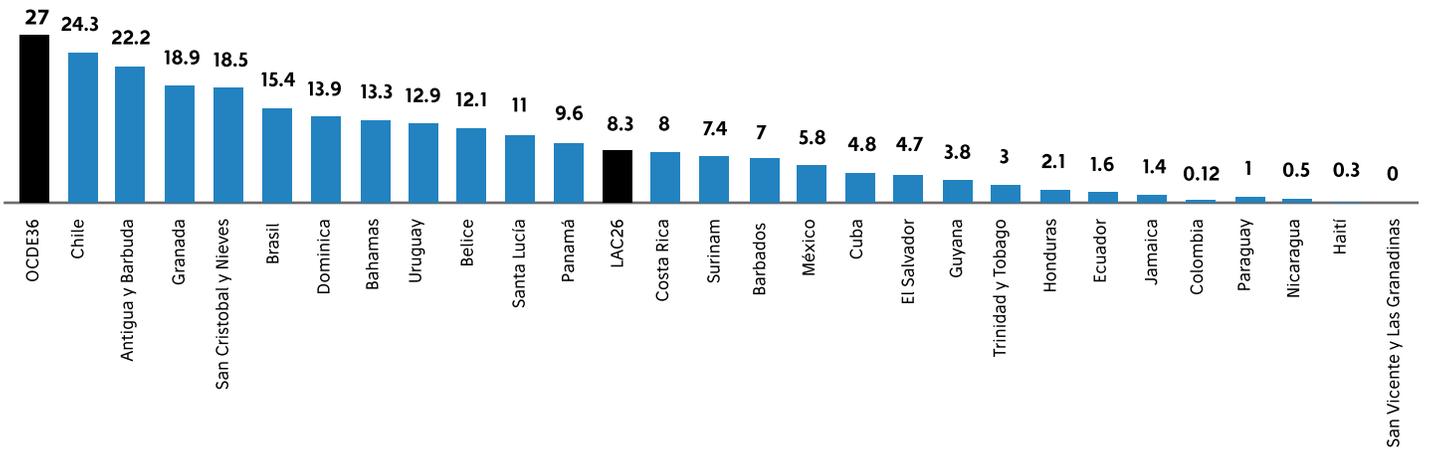


Gráfico 12. Tomógrafos computarizados por millón de habitantes, 2018. OCDE, 2018, Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.

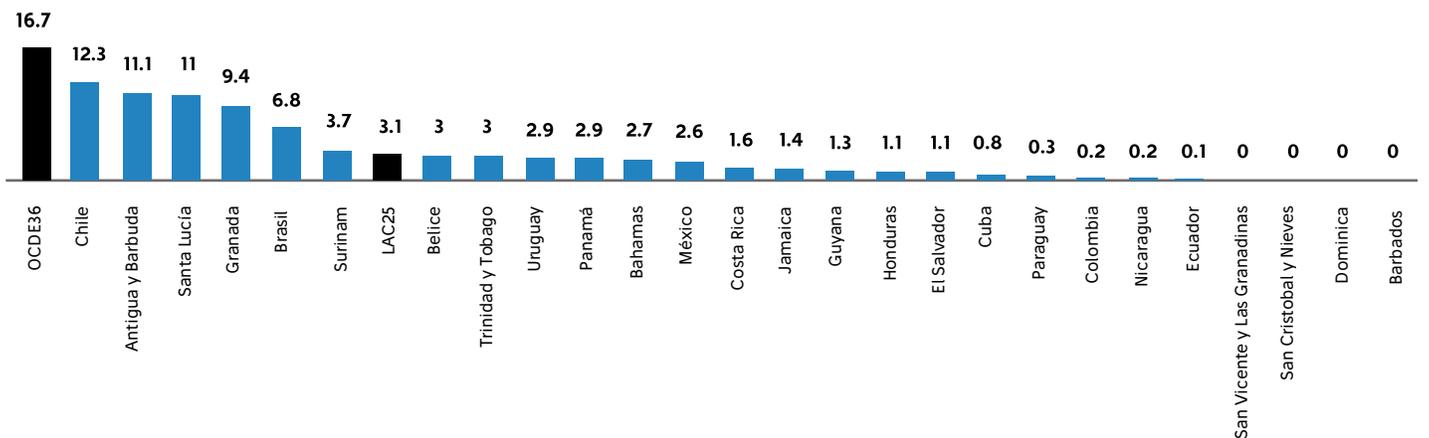


Gráfico 13. Unidades de resonancia magnética por millón de habitantes, 2018. OCDE, 2018, Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.

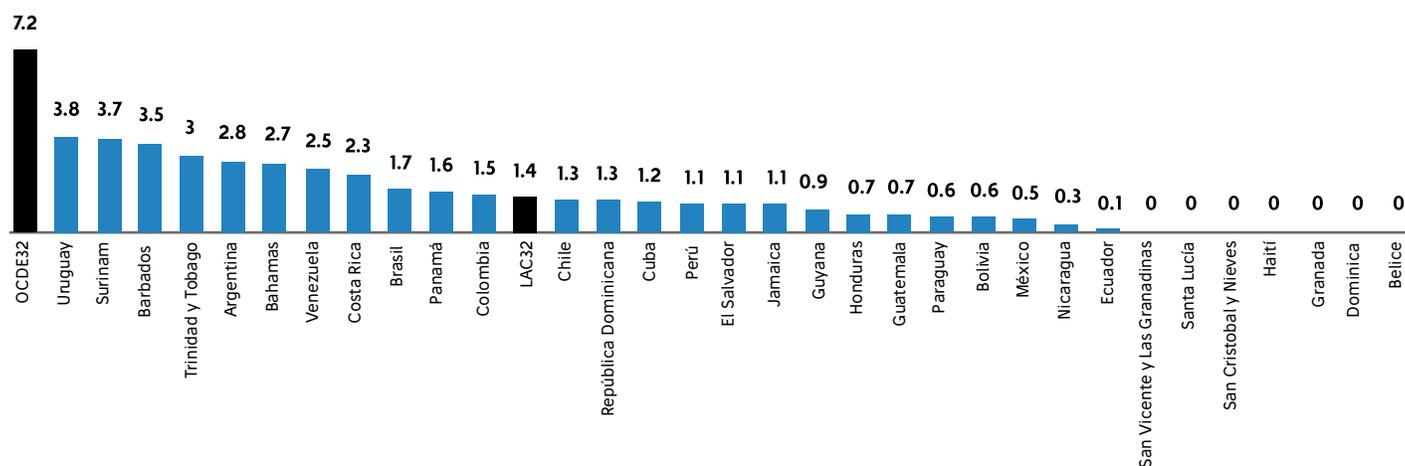


Gráfico 14. Unidades de radioterapia por millón de habitantes, 2018. OCDE, 2018, Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.

El breve diagnóstico presentado deja entrever que la disponibilidad de algunos insumos esenciales todavía es una carencia constante en el país, especialmente en territorios alejados del corredor andino o la costa caribe. Asunto, que no permite posicionar a Colombia entre los mejores de Latinoamérica y el Caribe. Todavía más preocupante los promedios alcanzados por el país son notablemente menores que los obtenidos por el grupo de la OCDE, -grupo del que hacemos parte-.

Dada dicha insuficiencia, los asistentes de la mesa de trabajo encuentran que un asunto a tratar en el corto y mediano plazo es la distribución equitativa de los recursos. Para los miembros algunas estrategias que permitirían dicha descentralización son:

- Atracción de nuevas fuentes de inversión en desarrollo de infraestructura, tecnología e investigación científica
- Fortalecimiento, promoción y regulación de la telemedicina como una herramienta de acceso en salud a todas las comunidades
- Desarrollo e implementación de tecnologías médicas en ciudades que se conviertan en nodos de conexión para fortalecer el acceso
- Diseño, implementación y seguimiento de una política de recursos en infraestructura y conectividad en salud (se explica más adelante)

Necesidad de un modelo de conectividad entre los territorios para suplir la demanda:

Existen otros tipos de recursos médicos y hospitalarios que se desarrollan dentro del área de salud relacionados con la electrónica y la telemedicina; más comúnmente conocidos como telesalud. Este es un campo innovador, que ha tomado fuerza en la última década, y que dada la crisis sanitaria por el virus COVID-19 su crecimiento se ha potencializado de una manera notoria. Según la CEPAL, gran parte de los desafíos que enfrentan los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe se determinan en el potencial que tienen las naciones para implementar medios de salud electrónica en sus territorios (CEPAL, 2010). Según el organismo multilateral, en muchos casos la salud electrónica es la forma más equitativa, efectiva y eficiente para incrementar el acceso y la oportunidad, como también incurre en el ahorro de costos (CEPAL, 2010).

En este sentido, las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se convierten en una gran oportunidad para garantizar el acceso y oportunidad a los servicios. La forma más recurrente e implementada de este medio innovador es la telemedicina. En Suramérica, Brasil se ha destacado por sus iniciativas en descentralizar el acceso a partir de los recursos tecnológicos; entre las iniciativas se puede destacar la Red Universitaria de Telemedicina (RUTE), la cual es una iniciativa conjunta entre los ministerios de sanidad y de ciencia y tecnología, que tiene como propósito principal promover las redes de telemedicina existentes en el país. Esta acción la logran a partir de los acuerdos de cooperación entre los hospitales universitarios y clínicos con el proyecto. En la actualidad, los proyectos miembros de RUTE suman 158 instituciones de salud. La red conecta 36 núcleos de telesalud en 36 hospitales clínicos y 31 núcleos embrionarios completamente operativos (Coury et al.).



En la experiencia de Brasil, uno de los retos más grandes ha sido las conexiones a internet, dada la amplitud del territorio y la vasta geografía apartada y de difícil acceso. En cuanto a Colombia, la conectividad se ha convertido en un reto por asumir; la geografía del país es uno de los retos más importantes a la hora de aumentar el acceso a los servicios; en este marco, la conexión a servicios de internet se transforma en uno de los pilares del desarrollo social. Algunos actores sostienen que una de las grandes falencias de los sistemas de salud de países en desarrollo es la ausencia de conexión en términos de data. Lo anterior se refiere a que los sistemas no están manejados por data, lo cual conduce a muchos errores humanos, ejemplos de esta carencia se puede evidenciar en las historias clínicas, pero también en el seguimiento a los pacientes. Se considera que el crecimiento en la presencia de enfermedades crónicas no controladas, responde a la falta de data (ibid.).

En cuanto a los avances en el Big data, se ha tornado en una necesidad urgente ya que éstos permiten el manejo de más información y más frecuente, lo que facilitará el monitoreo de distintos indicadores médicos de manera constante a los pacientes. En adición a esto, se puede usar información sobre los hábitos de los individuos como su consumo, sus movimientos, para dar información sobre su salud; acciones que se implementaron en el marco de la pandemia por COVID-19 para el seguimiento epidemiológico. También, se ha profundizado en el uso de modelos predictivos, para intentar predecir si un paciente tiene o no una enfermedad con poca información y en poco tiempo. La incorporación de nuevas tecnologías Wireless, como el 5G, facilitarán la incorporación de estas herramientas haciendo más rápida la transferencia al permitir el paso de información mucho más pesada.

Carencia de una política nacional de recursos tecnológicos e infraestructura en salud:

A lo largo de este segmento se ha presentado la urgencia por una distribución equitativa de los recursos de infraestructura, tecnología y conectividad, si bien el país todavía tiene grandes retos en esta área es justo destacar los grandes avances que ha tenido el Ministerio de Salud en esta tarea. En este sentido, los logros obtenidos en este espacio de desarrollo necesitan un lineamiento que les permita incrementar su alcance y sobre todo, vigilar y controlar el impacto que tienen dentro de los territorios.

Por tal motivo, las discusiones de este proyecto recalcan la importancia, necesidad y urgencia de diseñar, implementar y evaluar una política pública que impulse la innovación, distribución y satisfacción de recursos en salud. Para los integrantes de la Mesa, el objetivo principal de esta política nacional de recursos tecnológicos e infraestructura en salud es establecer un mecanismo para alinear la oferta y la demanda de este tipo de insumos a lo largo del territorio. Lo anterior sugiere incentivar la retribución e inversión público-privada dentro de este sector. Este lineamiento crea una red de insumos, donde la distribución y redistribución de éstos se hace a partir de sistemas de información que contrastan la capacidad instalada y la demanda a partir de perfiles epidemiológicos y sociodemográficos. En otras palabras, el tipo y la cantidad de estos insumos distribuidos se caracterizaría por tener una relación directa con las necesidades en salud y las estructuras económicas de cada territorio.

Por último, se sugiere que la posible política pública contenga un elemento de conectividad y articulación territorial como también un sistema de vigilancia y control. Lo anterior quiere decir, que si bien la distribución se hace a partir de características específicas, debe ser pensada bajo un principio de oferta compartida, esto presupone que algunos territorios se convertirán en nodos de acceso para sus vecinos cercanos. En cuanto al sistema de vigilancia, esta herramienta de transparencia garantiza el éxito de la implementación, también permite entrever los resultados a lo largo del tiempo y otorga responsabilidades a los actores involucrados.

Recurso Humano o Capital Humano

El recurso humano en salud (THS o RHS) es uno de los pilares más importantes del SGSSS. Si se piensa en una pirámide, el talento humano es el primer piso, el cual soporta todas las estructuras del Sistema y más importante aún, es el vehículo que garantiza la cobertura efectiva, la sostenibilidad financiera y sobre todo, la entrega de los servicios. Antes de proseguir con un análisis del talento humano en salud en Colombia, es indispensable recurrir a la Ley 1164 del 2007, la cual dispuso la definición del concepto de talento humano y estableció sus principios: equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concentración, unidad y efectividad. Citando la conceptualización de talento humano, se afirma que:

“Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud”

(art. 1º Ley 1164 de 2007)

En un escenario paralelo, la Organización Mundial de la Salud sostiene que los recursos humanos son el fundamento y origen de todos los sistemas de salud, en términos financieros, organizacionales y administrativos. Por lo tanto, la calidad, la cobertura y prestación de servicios de salud dependen en gran medida de la buena gestión del THS por parte de las instituciones públicas. Conocer el capital humano y diseñar políticas de gestión implican, en gran medida, cumplir con la garantía del derecho fundamental, pero también con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que velan por derechos como educación, género, trabajo y medio ambiente (OMS 2006).

Por su parte la Organización Panamericana para la Salud (OPS) desde el año 2005 establece tres principios básicos para determinar la importancia del RHS:

- I. **El recurso humano es la base del sistema de salud:** se entiende como el soporte técnico y social del sistema. Es por eso, que el buen manejo y desarrollo del recurso humano garantiza el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud.
- II. **El trabajo en el sector en salud es un servicio público y al mismo tiempo una responsabilidad social:** este principio promueve un equilibrio entre derechos y responsabilidades de los trabajadores y de los ciudadanos que reciben la atención, creando un sistema armónico y regulado por la normas jurídicas y éticas.
- III. **El desarrollo del talento en salud depende de sus trabajadores:** el mejoramiento y desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso integral, compuesto por un campo técnico y otro social. El avance constante permite tener una fuerza laboral capacitada, motivada, bien distribuida y lo más importante, saludable.

Entre los últimos desarrollos sobre esta materia en el país, el MSPS propuso la Política Nacional de Talento Humano (2018). En esta propuesta el Gobierno nacional buscó promover y articular las acciones a través de un principio intersectorial. Por lo anterior, la estructura de esta política pública se construye bajo cuatro ejes (MSPS, 2018, 6):

- I. La garantía del derecho fundamental a la salud y el acceso universal a los servicios bajo condiciones de equidad, calidad y sostenibilidad.
- II. El mejoramiento de las condiciones para la formación, desempeño, gestión y desarrollo del recurso humano en salud.
- III. El desarrollo de la Política y el Modelo Integral de Atención en Salud.
- IV. El desarrollo de los compromisos internacionales que en materia de talento humano en salud ha adquirido el país con organismos como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE, la Organización Internacional del Trabajo OIT, la Comunidad Andina y la Unión de Naciones Suramericanas – UNASUR.

Además de estos lineamientos, el MSPS se propuso intervenir en las acciones de los actores del sistema, es decir que pretendió orientar los intereses y necesidades del mercado laboral, educativo y de servicios de salud (ibid.). Dentro de este trabajo se puede encontrar una aproximación a la disponibilidad y caracterización del THS, algunos desafíos del sistema frente al manejo y planeación de este recurso, propuestas de trabajo y líneas de acción frente a la gestión, el conocimiento y la regulación del THS.

En este orden de ideas, es relevante analizar indicadores de THS, con el fin de comprender su comportamiento y también los desafíos que existen en este medio. La concentración del recurso humano en salud (médicos y enfermeras) en Colombia por cada 10.000 habitantes se encuentra en ciudades capitales como Bogotá (62,6), Atlántico (43,5), Santander (41,2), Risaralda (41,3) y San Andrés y Providencia (40,3), teniendo en cuenta que estos últimos presentan una mayor densidad de profesionales debido a la baja densidad poblacional **(Gráfico 15)**.

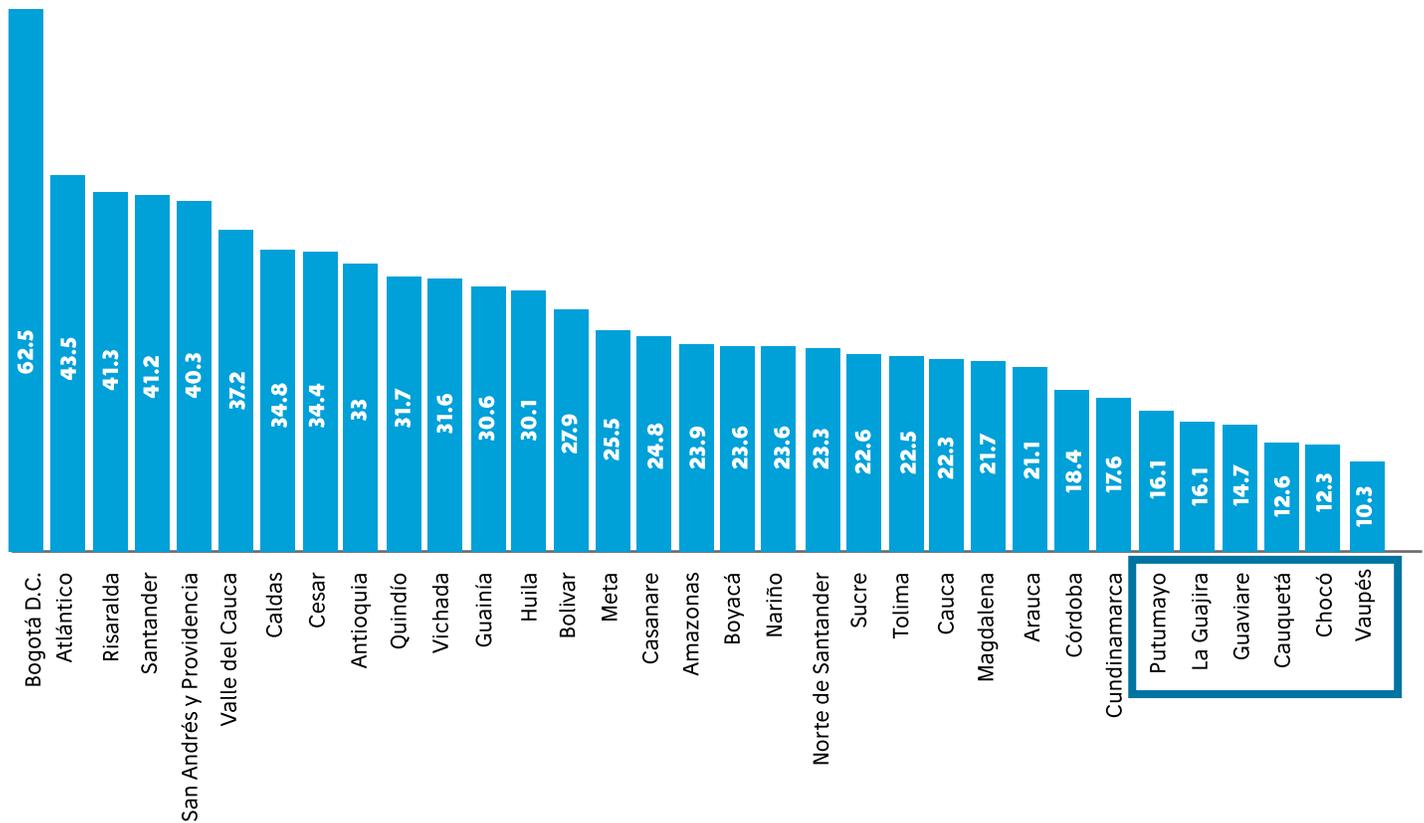


Gráfico 15. Densidad estimada en Colombia de profesionales de medicina y enfermería por 10.000 habitantes, 2020.

Si bien, la concentración se encuentra en ciudades con mayor urbanización y oferta estudiantil resulta interesante analizar la relación existente entre la concentración y el desarrollo económico. En este caso se piensa el PIB per cápita como una medida de riqueza de los municipios. Esa relación muestra que a mayor riqueza de un municipio mayor es el número de profesionales por habitante, lo que configura una situación desigual y un panorama regresivo, dado que los municipios con mayor riqueza tienen más instituciones para formar profesionales en salud y los profesionales perciben mejores condiciones laborales en municipios con mayor riqueza **(Gráfico 16)**.

Para obtener el **(Gráfico 16)** se agruparon los municipios de Colombia según el cuartil de PIB per cápita al que pertenecían, y se calculó el promedio de profesionales en salud per cápita de cada cuartil. De esta manera, la primera barra de la izquierda muestra el promedio de profesionales en salud per cápita para el 25% de los municipios con menor PIB per cápita, y la barra de más a la derecha muestra el promedio de profesionales en salud per cápita para el 25% de los municipios con mayor PIB per cápita

Promedio profesionales en salud cápita por cuartil de pib per cápita

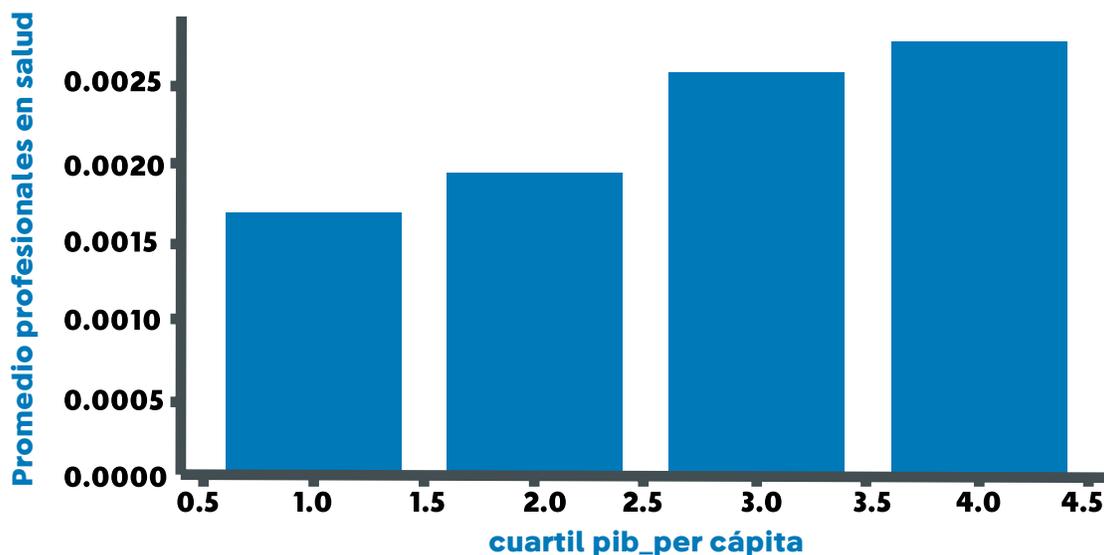


Gráfico 16. Relación entre profesionales en salud y PIB per cápita

Al retomar el objetivo primordial del Gobierno en cuanto a la garantía del derecho, se torna relevante evidenciar la distribución del capital humano en la ruralidad. En este caso (**Gráfico 17**) muestra que los municipios menos rurales tienen un número de profesionales en salud por habitante mucho más alto que los más rurales, lo que expone la alta concentración de capital humano en salud en muy pocas ciudades. Este hecho se ha convertido en un patrón a lo largo del país, lo cual perpetúa las inequidades territoriales

Promedio profesionales en salud per cápita por cuartil de índice de ruralidad

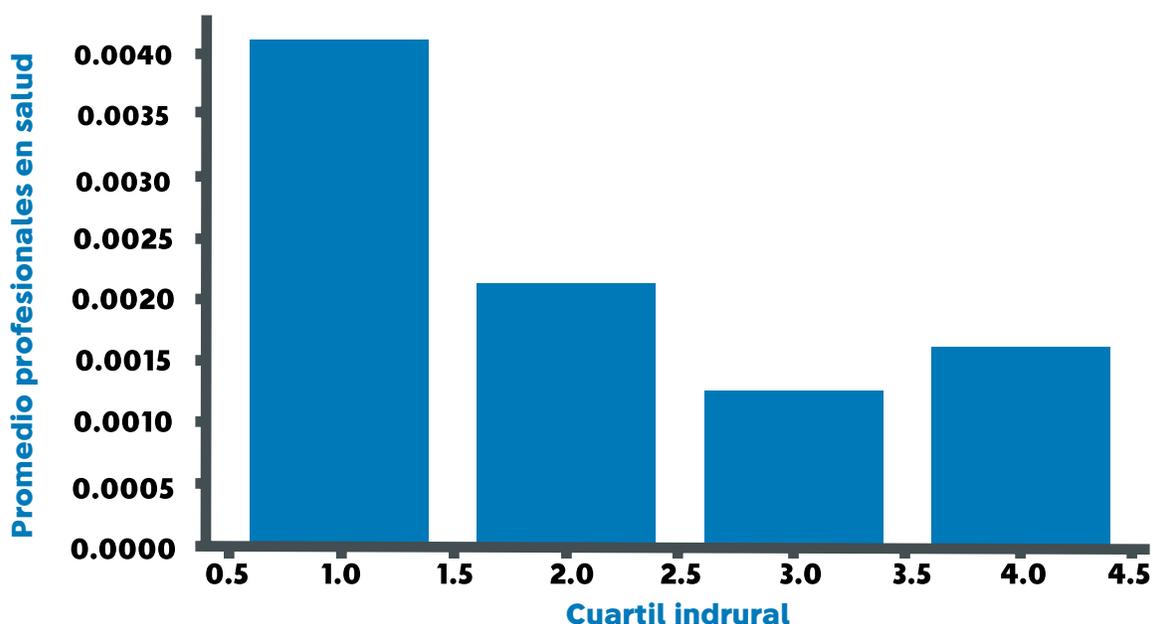


Gráfico 17. Promedio de profesionales en salud per cápita por cuartil del índice de ruralidad

A pesar de los avances obtenidos, la Mesa ha encontrado retos que se deberían asumir en el corto y mediano plazo, lo cuales son:

- **Distribución y redistribución del talento humano en salud:** actualmente el SGSSS no cuenta con un sistema de localización de su personal. Si bien, ha implementado un sistema de información denominado RETHUS, éste todavía no es suficiente para implementar programas que distribuyan el THS a lo largo de todo el territorio nacional, especialmente en zonas apartadas y rurales.
- **Definición del perfil profesional:** dada la existencia de un mecanismo administrativo denominado autonomía universitaria, desde tiempo atrás los ministerios de Salud y Educación no han construido un canal de diálogo más efectivo en la formación del personal necesario para el Sistema de Salud. Dicho esto, vale la pena destacar que actualmente los perfiles profesionales necesarios para implementar la Atención Primaria en Salud no se están desarrollando de manera exponencial.
- **Implementación de la política nacional de THS:** a pesar de existir una política nacional de THS, promulgada en el 2018, esta herramienta no se ha implementado. Dicha ausencia normativa y administrativa ha llevado a que el recurso humano se enfrente a problemas no sólo en términos de formación y distribución, sino en regulaciones laborales y modelos de contratación.



FINANCIAMIENTO DEL SGSSS

Simplificar el SGSSS

Disminuir intermediación

Eliminar fragmentación – unificación de seguros

Disminuir ineficiencia en el gasto

Sanear carteras envejecidas

Para lograr establecer un SGSSS sustentable, es indispensable que se revise y modifique la estructura financiera actual, lo anterior implica **disminuir al máximo la intermediación financiera ineficiente, eliminar la fragmentación** generada en el sistema por la separación de seguros y regímenes de salud y por último, **disminuir la ineficiencia en el gasto, reduciendo los costos de recaudo**, las intermediaciones financieras, y protegiendo el dinamismo de la liquidez del sistema

Diversificar las fuentes de financiamiento

Incrementar el gasto público en salud

Destinar gasto público en salud de al menos el 6.5 de PIB para salud

Promocionar seguros privados complementarios

Promover inversión privada a través de investigación

El propósito de incrementar el flujo financiero del SGSSS busca definir un consenso político para que el gasto público en salud corresponda al menos el 6,5% del PIB y éste se asegure anualmente. De igual forma que el 70% del gasto total en la misma área corresponda a gasto público y el otro 30% gasto privado que privilegie seguros complementarios. Conseguir nuevas fuentes de financiamiento, para aumentar la inversión en salud, lo que puede traducirse en incremento en gasto fiscal y promoción de seguros voluntarios privados- complementarios e inversión en investigación. Por último, optimizar uso de recursos actuales, y buscar una distribución más equitativa de estos

Determinar hoja de ruta del sistema financiero

Implementar sistemas financieros comparados

Definir estándares de eficiencia y calidad

Incluir opacidades del sistema financiero

Implementar sistemas de vigilancia, control y transparencia

El esquema financiero del SGSSS debería trazar una hoja de ruta que le permita visibilizar y soportar los cambios del futuro sin la necesidad de alterar su rendimiento. Para esto se propone implementar sistemas comparados con rentabilidades mínimas. También definir estándares de calidad y eficiencia para todos los actores del sistema, donde se reconozca los logros. En cuanto a las opacidades, es importante incluirlas dado que pueden ser variables que afecten el largo plazo. Por último, se recomienda implementar sistemas de vigilancia, control y transparencia en todos los niveles financieros, esto permite hacer un seguimiento de las cuentas

INFRAESTRUCTURA Y CONECTIVIDAD

Diseñar una Política Nacional de Recursos de infraestructura y conectividad en salud

Implementar una Estrategia Nacional de Conectividad sectorial

Objetivo

Tiene como objetivo establecer un mecanismo para alinear la oferta y la demanda de este tipo de recursos, lo incentiva la retribución y la inversión público-privada dentro de este sector. Este lineamiento crea una red de insumos, donde la distribución y redistribución de éstos se hace a partir de sistemas de información que contrarrestan la capacidad instalada y la demanda a partir de perfiles sociodemográficos y epidemiológicos.

Aprovechar las herramientas tecnológicas y redes de conexión para crear sistemas de información sectorial compartida

Crear redes de información sectorial, intersectorial e intrasectorial con indicadores de oferta, demanda, calidad y eficiencia

Promover la telemedicina especializada por medio de las redes de conexión, especialmente en territorios dispersos

Estrategias

Acciones

Desarrollar un mapa y sistema de información de la oferta en infraestructura y la demanda en todo el territorio

Alinear la capacidad instalada (o en proceso) con la demanda definida a partir de perfiles sociodemográficos y epidemiológicos

Incentivar la redistribución de los recursos, aumentando la oferta en territorios rurales

Conformar una red público-privada con oferta ambulatoria y de especialistas

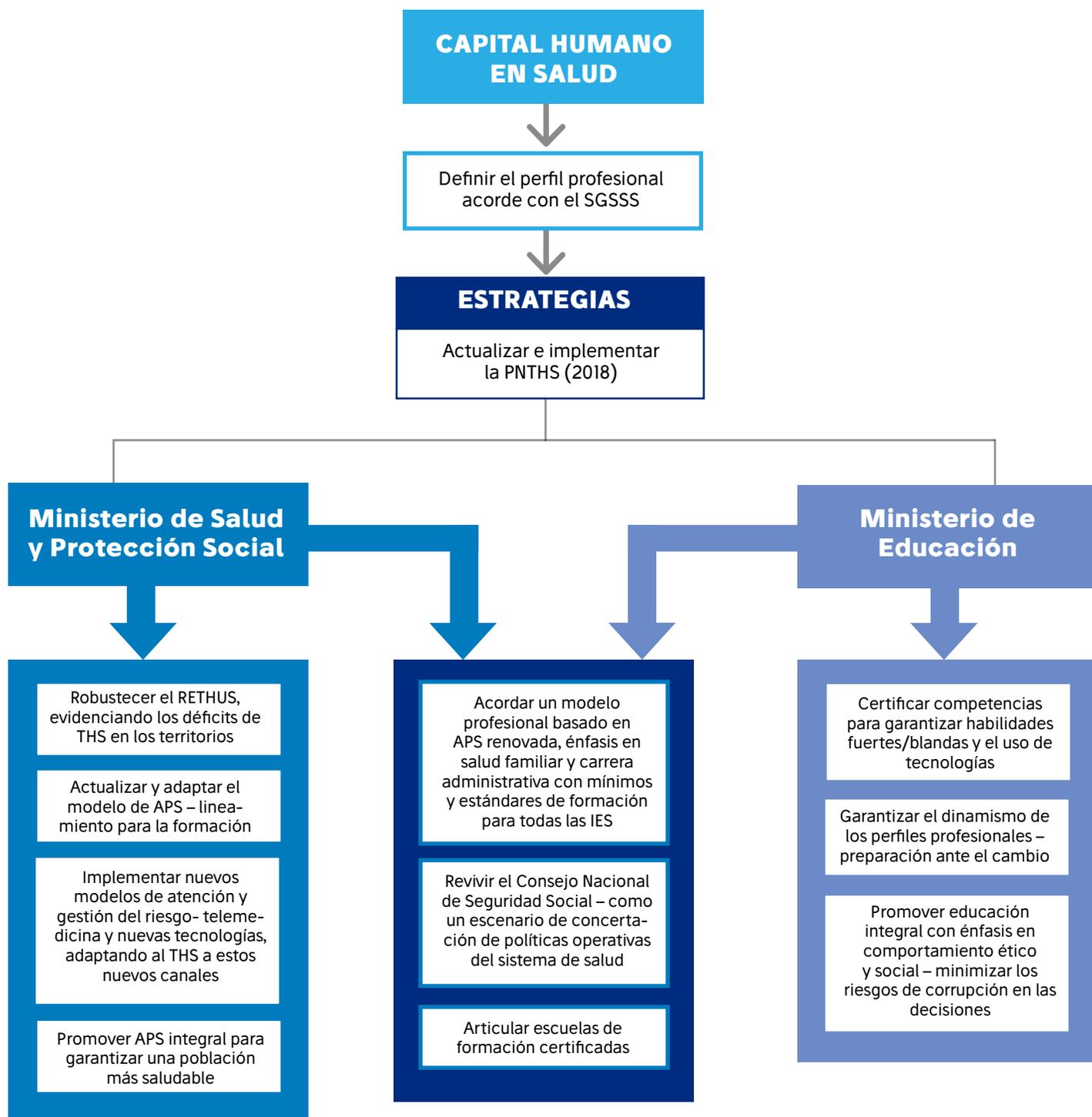
Aumentar la capacidad resolutoria en territorios dispersos por medio de la capacitación técnica y herramientas

Implementar un sistema de incentivos para la creación de alianzas público-privadas que fomenten la inversión

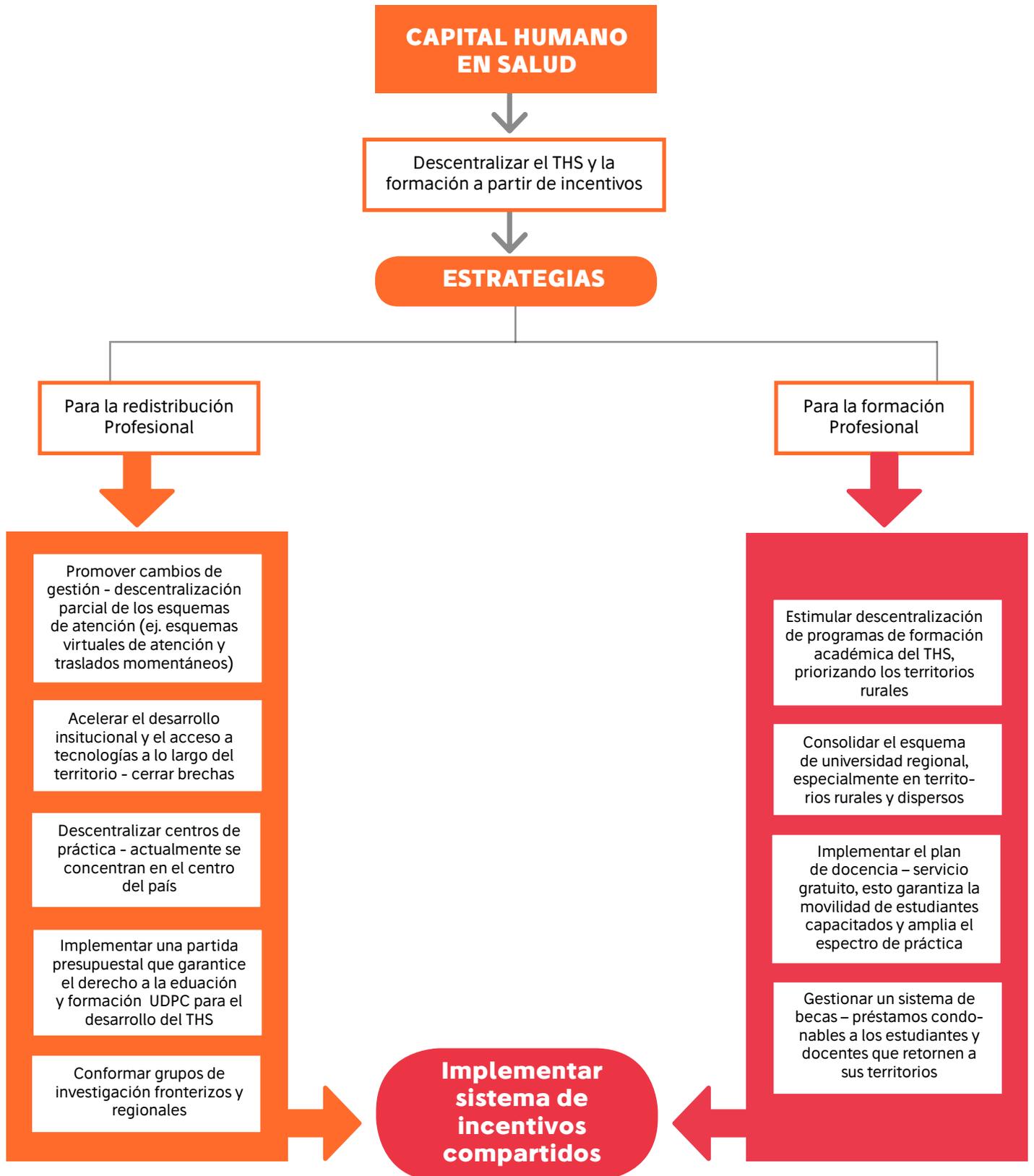
La Estrategia Nacional de Conectividad sectorial se configura como una herramienta técnica que centraliza y comparte la información sobre los insumos del sistema, como también sobre la demanda. Esto permite que el SGSSS implemente sus políticas de desarrollo como también para que esté preparado para retos futuros. En este caso la estrategia garantiza la sostenibilidad del sistema en todos los tipos de recursos

CAPITAL HUMANO

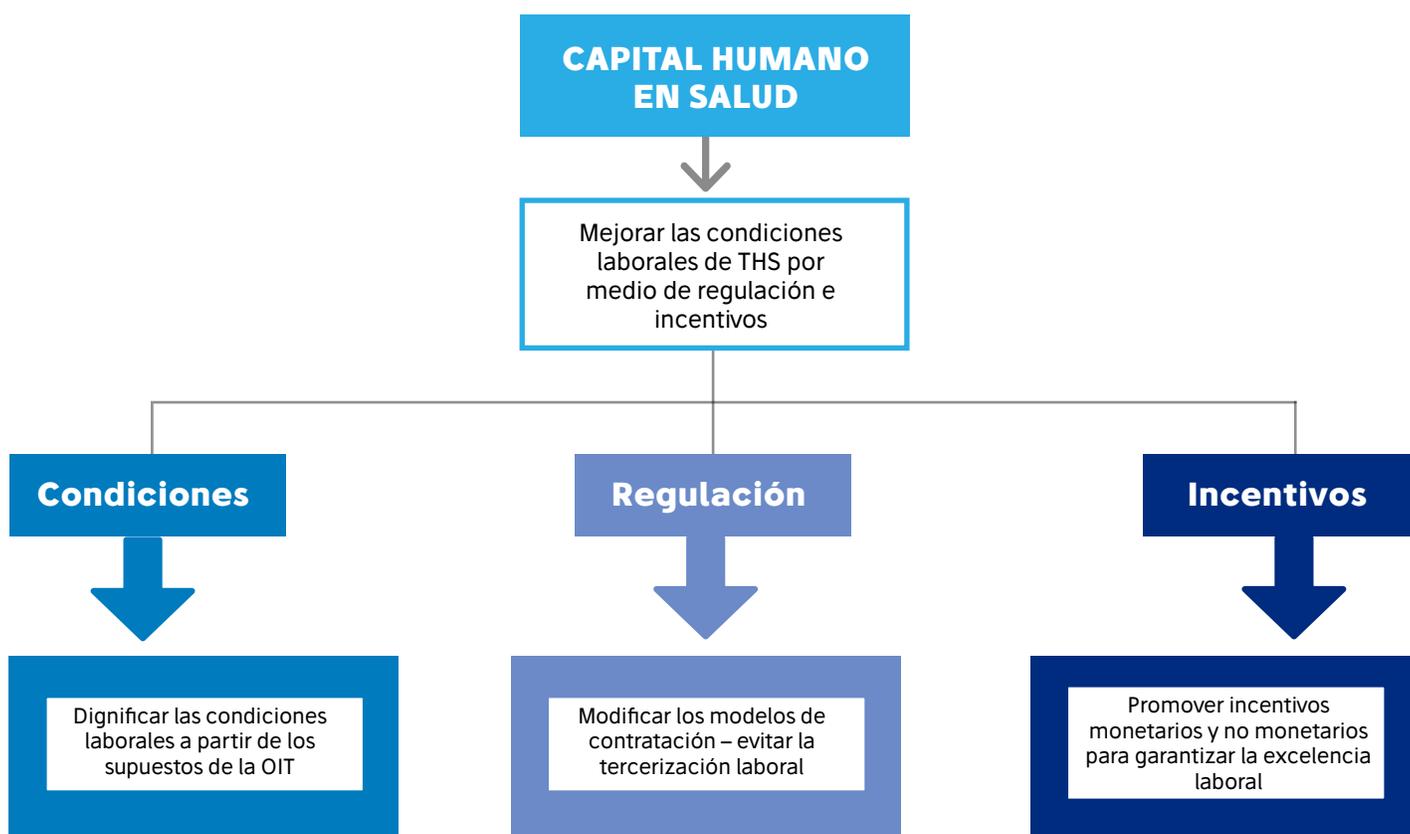
DEFINICIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL



CAPITAL HUMANO DESCENTRALIZACIÓN DEL THS Y LA FORMACIÓN



CAPITAL HUMANO REGULACIÓN, MODELOS DE CONTRATACIÓN E INCENTIVOS LABORALES



RECOMENDACIONES

CAPÍTULO 3

FINANCIAMIENTO DEL SGSSS

Objetivo Buscar el mejor desarrollo financiero del SGSSS en términos de sustentabilidad, sostenibilidad y equidad para todos los ciudadanos

ODS



ESTRATEGIA 1

Simplificar el SGSSS

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Disminuir intermediación financiera ineficiente	★★	★★★★★	Corto plazo	Estructural del SGSSS	MSPS, Supersalud, aseguradoras 	Disminuir la intermediación reduce costos en el recaudo y protege el dinamismo de la liquidez
Eliminar fragmentación – unificación de seguros	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural del SGSSS y de las aseguradoras	MSPS, aseguradoras y prestadoras 	Unificar los seguros incrementa la garantía en la prestación y simplifica los costos de transacción

¹Recursos: la medición va de 1(*) a 5 (*****), siendo 5 el mayor porcentaje necesario para desarrollar la acción

²Impacto: la medición va de 1(*) a 5 (*****), siendo 5 el mayor porcentaje necesario para desarrollar la acción

³Dimensiones: se categorizan como:

- Estructurales: requieren cambios o creación de acciones jurídicas, por lo general de iniciativas del Ejecutivo o del Legislativo (ej., leyes, decretos)
- Administrativas: no requieren cambios jurídicos, pueden ser de origen netamente del Ejecutivo y buscan crear o desarrollar acciones de un plan o proyecto social
- Operativos: son acciones o lineamientos que buscan desarrollar un objetivo específico de un programa, plan o proyecto

ESTRATEGIA 1

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Sanear carteras envejecidas	★★★★★	★★★★★	Corto plazo	Administrativo del SGSSS, aseguradoras y prestadores	ADRES, aseguradoras y prestadoras 	Sanear carteras permite planear objetivos financieros claros y específicos para el largo plazo
Disminuir ineficiencia en el gasto	★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo en el SGSSS, aseguradoras y prestadores	MSPS, ADRES, aseguradoras y prestadoras 	Disminuir la ineficiencia en el gasto incrementa los recursos y la liquidez del sistema

ESTRATEGIA 2

Diversificar las fuentes de financiamiento

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Incrementar el gasto público en salud	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSSS	Presidencia de la República, Congreso 	Incrementar el gasto público garantiza la sustentabilidad, sostenibilidad y equidad
Asegurar que el gasto público en salud sea al menos del 6.5% del PIB	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural del SGSSS	Presidencia de la República, Congreso 	Asegurar dicho porcentaje del PIB por medio de consenso político

ESTRATEGIA 2

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Promover e incentivar la inversión privada en la investigación	★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural en el SGSSS, aseguradoras	ADRES, aseguradoras, MSPS, Banca privada/multilateral, fondos de inversión  ADRES	La inversión privada puede hacerse por medio de canales de investigación e innovación en salud
Incentivar el acceso a seguros privados complementarios	★	★★★★	Corto plazo	Operativo en el SGSSS, aseguradoras	ADRES, aseguradoras y prestadoras  ADRES	Los seguros privados complementarios son un mecanismo de aseguramiento que incrementa los recursos del SGSSS apoyando la sustentabilidad y sostenibilidad

ESTRATEGIA 3

Determinar hoja de ruta del esquema financiero del SGSSS

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Implementar sistemas financieros comparados	★★★★★★	★★★★★★	Largo plazo	Estructural en el SGSSS y de la ADRES	MSPS, ADRES y actores de VC  ADRES Supersalud	Los sistemas financieros comparados pueden garantizar la excelencia y transparencia en todas las acciones del SGSSS

ESTRATEGIA 3

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Fortalecer los sistemas de vigilancia, control y transparencia	★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural, administrativo y operativo del SGSSS	Contraloría MSPS, ADRES y actores de VC 	Los mecanismos de vigilancia, control, rendición de cuentas y gobierno abierto son esenciales para garantizar la transparencia del SGSSS
Definir estándares de eficiencia y calidad	★★★	★★★★★★	Corto plazo	Administrativo en el SGSSS, aseguradoras	MSPS, actores de VC, aseguradoras y prestadoras 	Los estándares de calidad son una herramienta que asegura la calidad y eficiencia en la prestación, atención y aseguramiento
Incluir fuentes no identificadas de financiamiento	★★★	★★★★	Corto plazo	Administrativo y operativo del SGSSS, ADRES	Contraloría, MSPS, ADRES y actores de VC 	Identificar todas las fuentes financieras con claridad, permite canalizar estos flujos financieros y aportar con la sustentabilidad del SGSSS

INFRAESTRUCTURA Y CONECTIVIDAD

Objetivo Garantizar y promover la distribución equitativa de recursos en infraestructura y conectividad en salud a lo largo de todo el territorio nacional, priorizando los territorios rurales y dispersos

ODS



ESTRATEGIA 1

Diseñar una Política Nacional de Recursos de infraestructura y conectividad en salud

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Incentivar la redistribución de los recursos de infraestructura y conectividad, aumentando la oferta en territorios rurales	★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural y operativo del SGSSS, Ministerio de Transporte y MinTic	MSPS, Ministerio de Transporte y MinTic 	Incentivar la redistribución garantiza la equidad y accesibilidad a los recursos en los territorios
Aumentar la capacidad resolutive en territorios dispersos por medio de la capacitación técnica y herramientas tecnológicas	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural y operativo del SGSSS, Ministerio de Transporte y MinTic	MSPS, Ministerio de Transporte, MinTic, IPSs y EPSs 	Incrementar la capacidad resolutive genera independencia en los territorios, aumenta la equidad y asegura el acceso a los servicios
Implementar un sistema de incentivos para la creación de alianzas público-privadas que fomenten la inversión	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural y operativo del SGSSS, Ministerio de Transporte y MinTic	MSPS, Ministerio de Transporte, MinTic Banca privada/multilateral y fondos de inversión 	Un sistema de incentivos por medio de alianzas estratégicas es una herramienta que puede atraer inversión privada y sostenibilidad
Fortalecer el sistema de información sobre la oferta y demanda en infraestructura en salud	★★★★	★★★★★	Corto plazo	Operativo del MSPS, EPSs, IPSs, Ministerio de Transporte y MinTic	MSPS, EPSs, IPSs, Ministerio de Transporte y MinTic 	Crear un mapa de actores permite identificar la oferta y la demanda de recursos a partir de características, geográficas, demográficas y epidemiológicas

ESTRATEGIA 1

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Alinear la capacidad instalada (o en proceso) con la demanda definida a partir de perfiles sociodemográficos y epidemiológicos	★★★★★	★★★★★★	Largo plazo	Operativo del SGSSS Ministerio de Transporte y MinTic	Operativo del SGSSS Ministerio de Transporte y MinTic 	Encontrar el óptimo entre la demanda y la oferta por medio de perfiles sociodemográficos y epidemiológicos garantiza la disponibilidad de recursos
Conformar una red público-privada con oferta ambulatoria y de especialistas	★★★★	★★★★★★	Largo plazo	Operativo del MSPS, EPSs, IPSs	MSPS, aseguradoras y prestadoras 	La red público-privada debería ser una acción conjunta entre los aseguradores, prestadores y dirigida por el MSPS

ESTRATEGIA 2

Implementar una Estrategia Nacional de Conectividad sectorial

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Crear redes de información sectorial, intersectorial e intrasectorial con indicadores de oferta, demanda, calidad y eficiencia	★★★★★★	★★★★★★	Largo plazo	Estructural del SGSSS y operativo del SGSSS y MinTic	MSPS, Ministerio de Transporte y MinTic 	La creación de redes de información sectorial permite evaluar el impacto que tienen los recursos, como también implementar planes de redistribución y de incentivos en calidad y eficiencia
Promover la telesalud especializada por medio de las redes de conexión, especialmente en territorios dispersos	★★★★★	★★★★★★	Corto plazo	Operativo del MSPS, IPSs y EPSs	MSPS, aseguradoras y prestadoras 	Tras la pandemia por COVID-19 la telemedicina se ha convertido en una herramienta estratégica para incrementar la accesibilidad de los servicios y profesionales, el propósito es incrementar esta curva

CAPITAL HUMANO - DEFINICIÓN DE PERFIL PROFESIONAL

Objetivo Definir el perfil profesional del capital humano necesario para asumir las necesidades y retos del SGSSS

ODS



ESTRATEGIA 1: PARA EL MSPS

Actualizar e implementar la PNTHS

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Actualizar y adaptar el modelo de APS – lineamiento para la formación	★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural y operativo del SGSSS, EPSs e IPSs	MSPS, aseguradoras y prestadoras 	Alinear el modelo de APS a una realidad actualizada y a las necesidades permite que la formación del THS esté dirigida a cumplir con las metas de APS
Implementar nuevos modelos de atención y gestión del riesgo-telesalud y nuevas tecnologías, adaptando al THS a estos nuevos canales	★★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural y operativo del SGSSS, EPSs e IPSs	MSPS, aseguradoras y prestadoras 	Dada la pandemia, los modelos de atención remotos se convirtieron en herramientas indispensables, por tal razón el THS debe actualizar sus habilidades fuertes y blandas a estas nuevas tecnologías
Robustecer el RETHUS, evidenciando los déficits de THS en los territorios	★★★★★★	★★★★★★	Corto plazo	MSPS	MSPS, aseguradoras y prestadoras 	Mejorar y robustecer el sistema de información RETHUS se convierte en una herramienta esencial para conocer la distribución del THS en los territorios

ESTRATEGIA 1: PARA EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Certificar y establecer un perfil integral del THS

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Garantizar el dinamismo de los perfiles profesionales – preparación ante el cambio	★★★★	★★★★★★	Largo plazo	Estructural y operativo Ministerio de Educación	Ministerio de Educación, SENA 	Dada la diversidad del país y la importancia de adaptarse, los perfiles profesionales deberían ser dinámicos, garantizando la excelencia en la atención.
Promover educación integral con énfasis en comportamiento ético y social – minimizar los riesgos de corrupción en las decisiones	★★★★★★	★★★★★★	Largo plazo	Operativo Ministerio de Educación	Ministerio de Educación 	La transparencia del sistema debería empezar desde los profesionales, por tal motivo es importante que se enfatice en la ética y profesionalismo en la toma de decisiones.
Certificar competencias para garantizar habilidades fuertes/ blandas y el uso de tecnologías	★	★★★★★★	Corto plazo	Operativo Ministerio de Educación	Ministerio de Educación, SENA 	La constante certificación de habilidades y uso de tecnologías garantiza la calidad y eficiencia del THS

ESTRATEGIA 3: CONJUNTA MSPS Y MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Actualizar e implementar la PNTHS

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Establecer un modelo profesional basado en APS renovada, énfasis en salud familiar y carrera administrativa con mínimos y estándares de formación para todas las IES	★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural y operativo Ministerio de Educación	Ministerio de Educación y MSPS 	El modelo profesional enfocado en APS debería ser un acuerdo conjunto entre los ministerios, siempre garantizando los máximos estándares de formación

ESTRATEGIA 3: CONJUNTA MSPS Y MINISTERIO DE EDUCACIÓN

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Articular escuelas de formación certificadas	★★	★★★★	Corto plazo	Operativo del MSPS y Ministerio de Educación	Ministerio de Educación, MSPS y SENA 	A lo largo de los territorios se sugiere articular las escuelas de educación en salud para garantizar la formación certificada

CAPITAL HUMANO – DESCENTRALIZACIÓN DEL THS Y LA FORMACIÓN

Objetivo

Descentralizar el THS y la formación a partir de incentivos

ODS



ESTRATEGIA 1

Redistribución profesional

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Acelerar el desarrollo institucional y el acceso a tecnologías a lo largo del territorio – cerrar brechas	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural y operativo del SGSSS Ministerio de Transporte y MinTic	MSPS, Ministerio de Transporte y MinTic 	El desarrollo institucional, tecnológico y de infraestructura promueve el traslado de profesionales a otros territorios, incrementando la oferta
Implementar una partida presupuestal que garantice el derecho a la educación y formación – UPC para el desarrollo del THS	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural del MSPS y ADRES	MSPS, Presidencia de la República y Congreso 	Asegurar por medio de acuerdo político el desarrollo del THS, incrementa los beneficios del SGSSS en términos de atención, calidad y servicios

ESTRATEGIA 1

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Conformar grupos de investigación fronterizos y regionales	★★★★	★★★★	Corto plazo	Estructural y operativo del SGSSS, Ministerio de Transporte y MinTic	MSPS y Ministerio de Educación 	La articulación con otros centros de investigación aumenta significativamente el desarrollo académico y científico del THS, como también crea acuerdos bilaterales y conexiones internacionales
Promover cambios de gestión – descentralización parcial de los esquemas de atención (ej., esquemas virtuales de atención y traslados momentáneos	★★★★★	★★★★★	Corto plazo	Operativo del MSPS	MSPS, EPSs, IPSs, 	Por medio de incentivos (monetarios y no monetarios) se puede incentivar al THS para trasladarse a territorios rurales

ESTRATEGIA 2

Descentralización de la formación profesional

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Consolidar el esquema de universidad regional, especialmente en territorios rurales y dispersos	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural Ministerio de Educación	Ministerio de Educación 	La universidad regional es un concepto que articula las IES en territorios apartados, aumentando las posibilidades de acceso e incrementando las aspiraciones educativas de la población
Estimular descentralización de programas de formación académica del THS, priorizando los territorios rurales	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural del MSPS y Ministerio de Educación	MSPS y Ministerio de Educación 	Es una tarea del Ministerio de Educación que debe ser apoyada por el MSPS, de esta forma incrementar la oferta educativa en salud en los territorios y garantizar la equidad educativa

ESTRATEGIA 2

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Gestionar un sistema de becas – préstamos condonables a los estudiantes y docentes que retornen a sus territorios	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Estructural del MSPS y Ministerio de Educación	MSPS y Ministerio de Educación 	Las becas o créditos condonables alienta a que los profesionales se queden en sus territorios, garantizando la oferta de THS a lo largo del territorio
Articular la red de universidades centrales y regionales con hospitales para el desarrollo profesional	★	★★★★★	Corto plazo	Administrativo del MSPS y Ministerio de Educación	MSPS y Ministerio de Educación 	Articular las universidades centrales y regionales incrementa la oferta y garantiza el acceso a programas en todo el territorio
Implementar el plan de docencia – servicio gratuito-, esto garantiza la movilidad de estudiantes capacitados y amplía el espectro de práctica	★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del MSPS y Ministerio de Educación	MSPS, EPSs, IPSs y Ministerio de Educación 	El plan de docencia gratuito es una estrategia para promover la movilidad de profesionales del centro del país a zonas apartadas, esto incrementa la movilidad y desarrolla el aprendizaje entre pares

CAPITAL HUMANO – REGULACIÓN, MODELOS DE CONTRATACIÓN E INCENTIVOS LABORALES

Objetivo Mejorar las condiciones laborales de THS por medio de regulación e incentivos

ODS



ESTRATEGIA 1

Implementar modelos de regulación laboral por medio de condiciones e incentivos

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Condiciones: dignificar las condiciones laborales a partir de los supuestos de la OIT	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural del Ministerio del Trabajo y MSPS	MSPS, Presidencia de la República, Congreso, OIT, Ministerio del Trabajo, Altas Cortes 	Asegurar por medio de acuerdo político la dignificación de condiciones laborales del personal en salud
Regulación (1): establecer un régimen de condiciones laborales coherente y satisfactorio	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural y operativo del SGSSS Ministerio de Transporte y MinTic	MSPS, Presidencia de la República, Congreso, OIT, Ministerio del Trabajo, Altas Cortes 	Asegurar por medio de acuerdo político las condiciones laborales y salariales mínimas del personal en salud. Esto promueve el trabajo decente y la equidad
Regulación (2): modificar los modelos de contratación – evitar la tercerización laboral	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural y operativo del SGSSS, Ministerio de Educación	MSPS, Presidencia de la República, Congreso, OIT, Ministerio del Trabajo, Altas Cortes 	Asegurar por medio de acuerdo político la prohibición de modelos de tercerización laboral o contratos sin garantías prestacionales

ESTRATEGIA 1

Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Incentivos: promover incentivos monetarios y no monetarios para garantizar la excelencia laboral	★★★★★ ★★★★★	Largo plazo	Operativos para el Ministerio del Trabajo, MSPS, prestadores y aseguradores	MSPS, Ministerio del Trabajo, EPSs, IPSs 	Diseñar un esquema de incentivos que promuevan estándares y excelencia laboral

CONVENCIONES

CAPÍTULO 3



Aseguradoras (EPSs)



Senado de la República



MinTIC



Presidencia de la República



Ministerio de Transporte



SENA



Ministerio de Salud y Protección Social



Contraloría de la República



Prestadores de servicios de salud (IPSS)

ADRES

ADRES



Ministerio de Educación

Supersalud

SuperSalud



Ministerio del Trabajo



Banca Privada



Altas Cortes



Fondos de Inversión



OIT

4

Condiciones Iniciales y resultados en salud pública



Capítulo 4

Introducción

Los resultados en salud pública se han convertido en una forma de cuantificar la capacidad de la prestación de los servicios médicos. Muchas veces se ahonda en la calidad, mientras que otras se concentran en la viabilidad del Sistema de Salud para proveer asistencia a lo largo y ancho del territorio nacional; casi siempre, estos indicadores se convierten en la línea base y en los objetivos para trazar las rutas de acción de los planes de salud. Las discusiones de este proyecto han permitido entrever que la salud pública no puede constituirse sólo a partir de indicadores cuantitativos de eficiencia, cobertura y calidad; este campo de acción debe responder a una triada que Así Vamos en Salud ha denominado enseñar, prevenir y atender.

Como se verá a lo largo de este capítulo, el objetivo del Sistema de Salud nacional debería estar dirigido por una estrategia de pedagogía, promoción y prevención. Antes de profundizar en el tema, es clave mencionar que este trabajo estudió la salud pública a partir de los resultados actuales y posteriormente avanzó a investigar la relevancia del modelo de atención primaria en salud (APS) como eje central de las causas y explicaciones de los resultados obtenidos en salud.

En consecuencia, este capítulo desarrolla dos grandes temáticas:

- I. Resultados en salud a partir de la disponibilidad de recursos
- II. Elementos críticos de la atención primaria en salud como eje causal de los resultados en salud pública

Resultados en salud a partir de la disponibilidad de recursos: como se ha podido apreciar, dentro de la garantía del derecho y el bienestar, los recursos cumplen un papel indispensable, no solo por su disponibilidad y distribución, sino también porque son la herramienta que permite cumplir metas. En este apartado, se estudia la manera como la equidad y optimización de los recursos se ven reflejados en los resultados obtenidos en salud pública.

Es importante recordar que la salud pública ha registrado una relevancia muy marcada en la mayoría de los sistemas de salud del mundo durante los últimos años, especialmente cuando empezaron a dar resultados las propuestas de una nueva forma de controlar y prevenir las enfermedades, además de nuevos modelos integrales en salud que conciben la misma, de una forma más holística y menos medicalizada (Gómez y Babak, 1991). En Colombia, de acuerdo con la ley 1122 de 2007, la salud pública es concebida como un conjunto de políticas que pretenden garantizar la salud por medio de acciones individuales y colectivas, bajo la rectoría del Estado mediante una participación multisectorial (Congreso de la República de Colombia, 2007).

Pese a que desde 1978 con Alma Ata se enuncia la atención primaria en salud como eje principal para lograr los objetivos trazados por la salud pública, que luego se reforzaría con la promoción de la salud, en la Carta de Ottawa (OPS, 2012) y se reafirmaría en la declaración de Astaná, en Colombia, como en otros países, se continúa con una visión predominante de salud orientada al tratamiento de la enfermedad, en la que se da respuesta con mayor vehemencia a la patología por tratar. Se considera que esta visión puede ser uno de los motivos por los que se observan deficientes resultados en los indicadores de salud, especialmente en las zonas apartadas o rurales que tiene el país.

La Atención Primaria en Salud (APS) puede definirse como la asistencia sanitaria esencial enfocada a todos los individuos, familias y comunidades, a través de diversos medios, teniendo en cuenta su plena participación y a un costo asequible para la población. Esta es el núcleo del Sistema de Salud y hace parte del desarrollo socioeconómico general de las comunidades (OMS, 1978), por lo que tiene una influencia importante sobre los resultados en salud pública.

Adicionalmente, teniendo en cuenta la Atención Primaria en Salud (APS) como eje central de los resultados en salud pública, se hace necesario explorar los elementos principales que la contemplan y cómo estos podrían cooperar en el cierre de las brechas que persisten en el Sistema de Salud colombiano. Por lo anterior, es trascendental hablar de las bases sobre las cuales parte la APS en el país, dada la importancia de superar los modelos y estructuras que persisten en mantener un Sistema de Salud cimentado sobre la enfermedad, por lo que es prioritario identificar esos aspectos donde aún se pueden evidenciar falencias, sobre todo al momento de operativizar los modelos planteados por los entes reguladores. Así, a pesar de que Colombia ha hecho esfuerzos por incrementar la disponibilidad de los servicios de salud, siguen existiendo debilidades, sobre todo en temas de calidad. La continuidad de la atención, la aplicación de las guías clínicas por parte de los prestadores, así como la seguridad del paciente, fueron algunas de las limitaciones identificadas para el país. Adicionalmente, se siguen presentando problemas de acceso, calidad y cobertura de los servicios y programas de APS en diversos territorios (Banco Mundial, 2020).

Tras lo mencionado, es necesario identificar con prontitud cuál es la causa real para que no se avance hacia una atención primaria con amplias líneas en promoción y prevención que permitan disminuir las mortalidades y discapacidades derivadas de enfermedades transmisibles y no transmisibles. En ese orden de ideas, es pertinente evidenciar la actual distribución de los recursos, esto con el fin de analizar si la manera en que se reparten los mismos puede ser otro factor que influye sobre los resultados en salud.

Por otro lado, la pandemia por COVID-19 ha puesto en evidencia las fortalezas y debilidades del SGSSS. Las falencias que tiene el Sistema de Salud y el de Protección Social se han dejado entrever en las poblaciones más afectadas por el virus, las que pertenecen de forma especial a los grupos que padecen enfermedades crónicas, en su gran mayoría derivadas de hábitos de vida saludables y determinantes en salud. Al mismo tiempo las poblaciones más afectadas han sido las que tienen mayor precariedad socioeconómica (**Gráfico 18**).

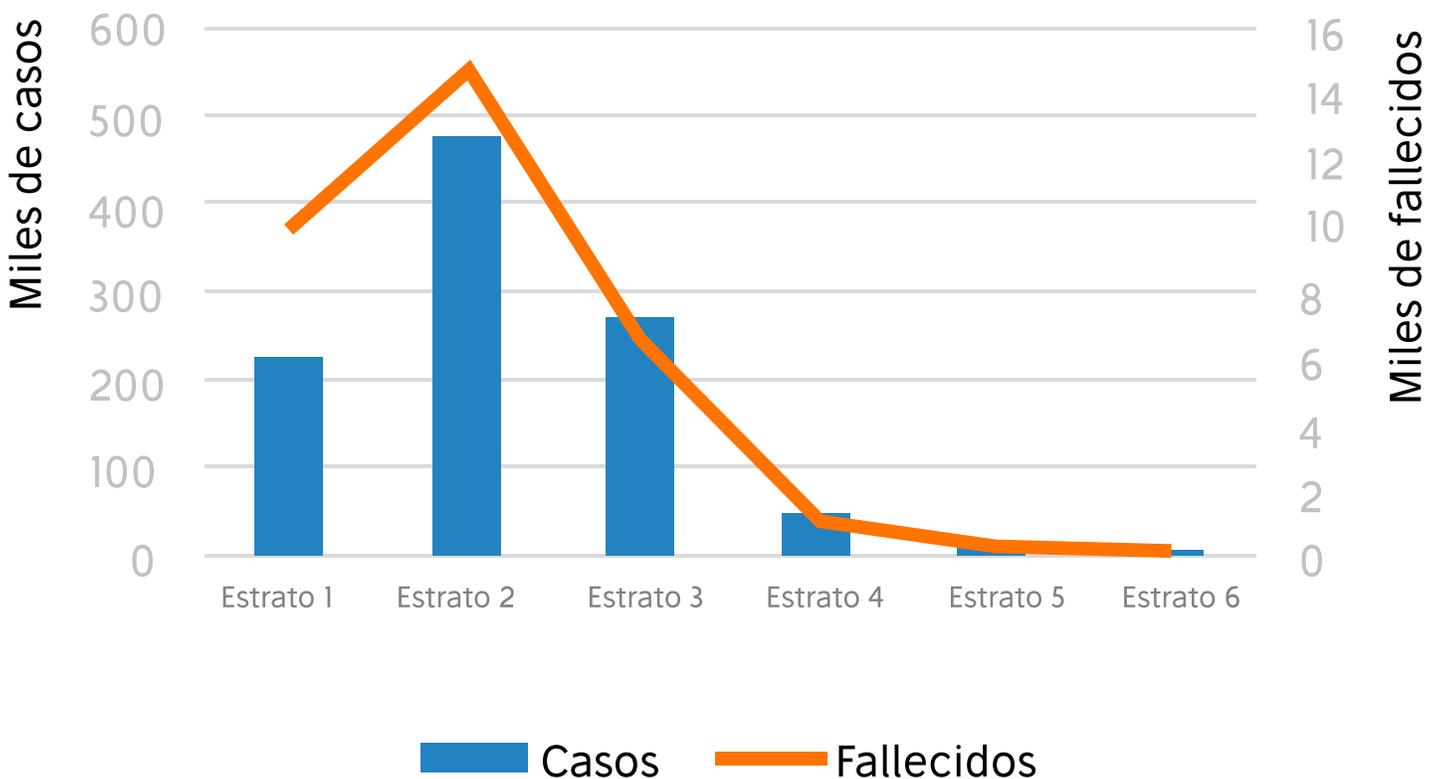


Gráfico 18. Acumulado de casos y fallecidos por estrato, Fuente: vInstituto Nacional de Salud (2020)

Indicadores trazadores en salud, dan cuenta que el desempeño del sistema frente a la atención de la población podría ser mucho mejor. En el último índice nacional en salud, emitido por el Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, algunos de estos indicadores de condiciones iniciales, desempeño institucional y de resultado (como fueron agrupados), muestran grandes inequidades regionales que se continúan presentando tanto en áreas rurales como en hospitales públicos y zonas con bajos ingresos, entre otros (Minsalud, UNFPA, 2020). Un Ejemplo de ello, es la razón de mortalidad materna en el departamento de Guainía, que reporta la cifra más alta del país, con una razón de 323 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (nv), al revisar detalladamente por desagregación municipal en los territorios de mayor ruralidad, se registran cifras mucho más altas, como la del Litoral de San Juan con 3.571 muertes maternas por cada 100.000 nv para el 2019.

Otro indicador importante es el de valoración prenatal. Para el 2018 se presenta una proporción

del 63% de mujeres embarazadas con 4 visitas prenatales para las áreas rurales, mientras que para las áreas urbanas este porcentaje se incrementa al 73%. En cuanto a la tasa de mamografías para la detección de cáncer de seno en mujeres de 50 a 69 años es menor en los departamentos con ingresos más bajos, un 1% en comparación con una media nacional del 35,3%.

Al revisar la correlación que presenta el promedio de mortalidad materna en los últimos 15 años con la ruralidad, se puede observar una relación positiva moderada ($0,397 / \alpha: 0,022$) con considerable significancia estadística, donde el modelo se ajusta en un 16%, mostrando que departamentos con una ruralidad por encima del 50% tales como Vichada, Chocó, Guainía, Vaupés, La Guajira, Amazonas, Putumayo, Caquetá, Guaviare, Cauca y Magdalena, presentan un promedio en los últimos 15 años, de más de 100 muertes por cada 1000 nacidos vivos, reafirmando el argumento planteado **(Gráfico 19)**

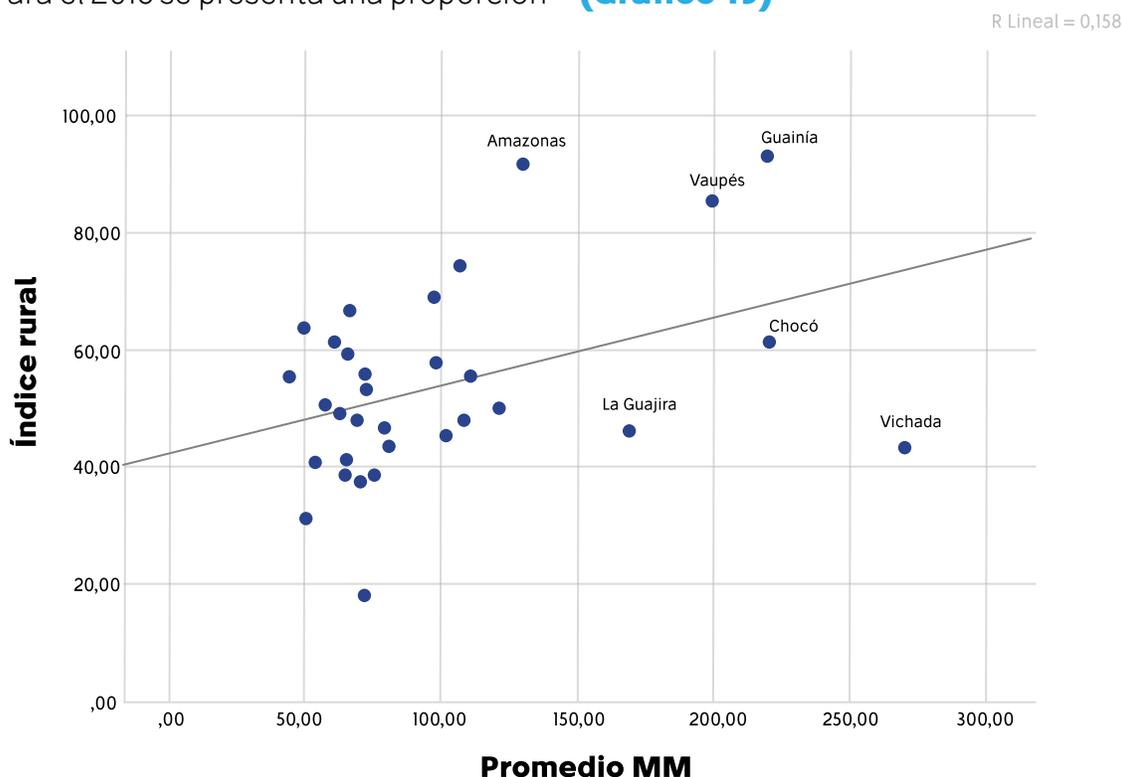


Gráfico 19. Dispersión entre ruralidad y mortalidad materna. Índice de ruralidad. Datos: CEDE. Estadísticas vitales DANE, 2019

Otro claro ejemplo es el de la cobertura del control prenatal por lo menos una vez en el embarazo versus la mortalidad materna. Si bien el promedio de esta cobertura durante los últimos 15 años en el país es bueno, es evidente que los departamentos que no cuentan con una cobertura por encima del 90%, tienen un riesgo más prominente de presentar mayor mortalidad materna en sus territorios, como se observa en el diagrama de dispersión (ver gráfica X), en el cual se puede distinguir una relación negativa muy fuerte entre las variables ($-0,836 / \alpha = 0,000$) respaldada por una significancia estadística realmente importante, con un ajuste de modelo del 70%.

Los departamentos que se logran distinguir de manera dispersa y a la vez con menor cobertura en controles prenatales y mayor mortalidad son Vichada, Chocó, Guainía, Vaupés y La Guajira, nuevamente los departamentos con mayor ruralidad, lo que apoya la teoría de que otro de los factores que incide en los regulares resultados en salud es la lejanía geográfica de los territorios y la incapacidad que ha tenido el Estado de llegar hasta ellos.

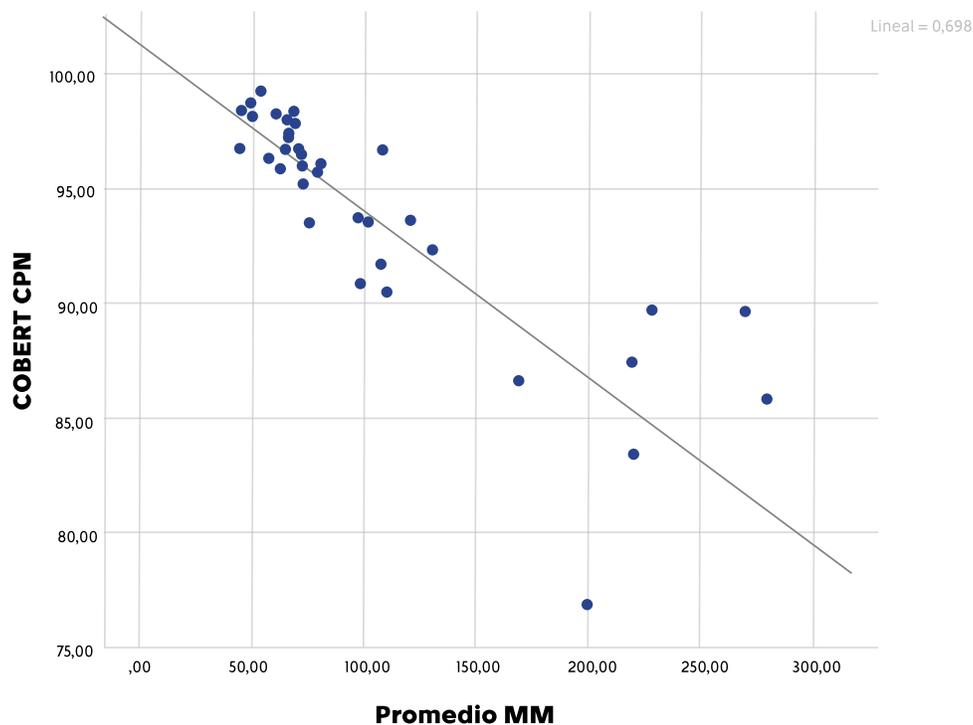


Gráfico 20. Dispersión entre cobertura de control prenatal (CPN) y mortalidad materna, Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Estadísticas vitales DANE, 2019

Una de las puertas de entrada que debe fortalecerse para el bienestar de las personas, es la del sector de suministro de agua potable y alcantarillado, el cual interfiere de manera trascendental en los resultados de salud, en especial en la mortalidad por EDA en menores de 5 años y desnutrición infantil, entre otras. En el gráfico

X, se muestra una relación positiva moderada (Pearson: 0,468) con muy buena significancia ($\alpha = 0,006$), en el que se evidencia que, a menor cobertura de alcantarillado en áreas rurales, mayor mortalidad en menores de 5 años por EDA (**Gráfico 21**)

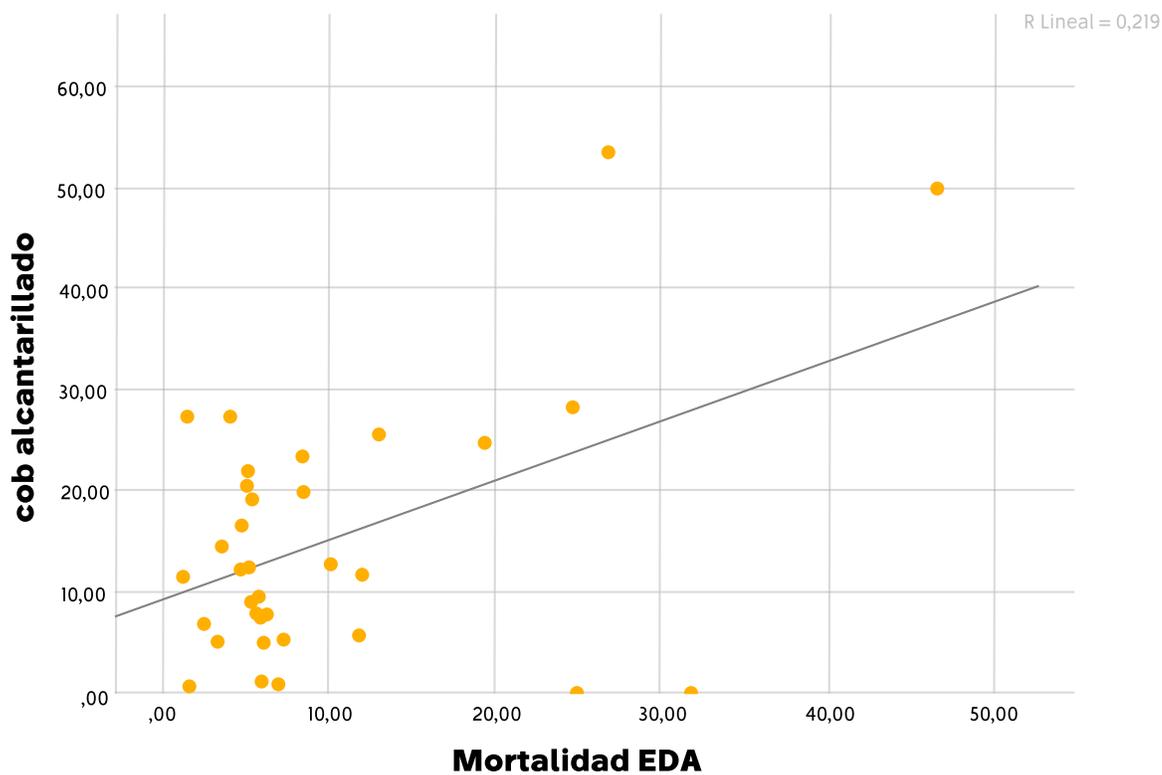
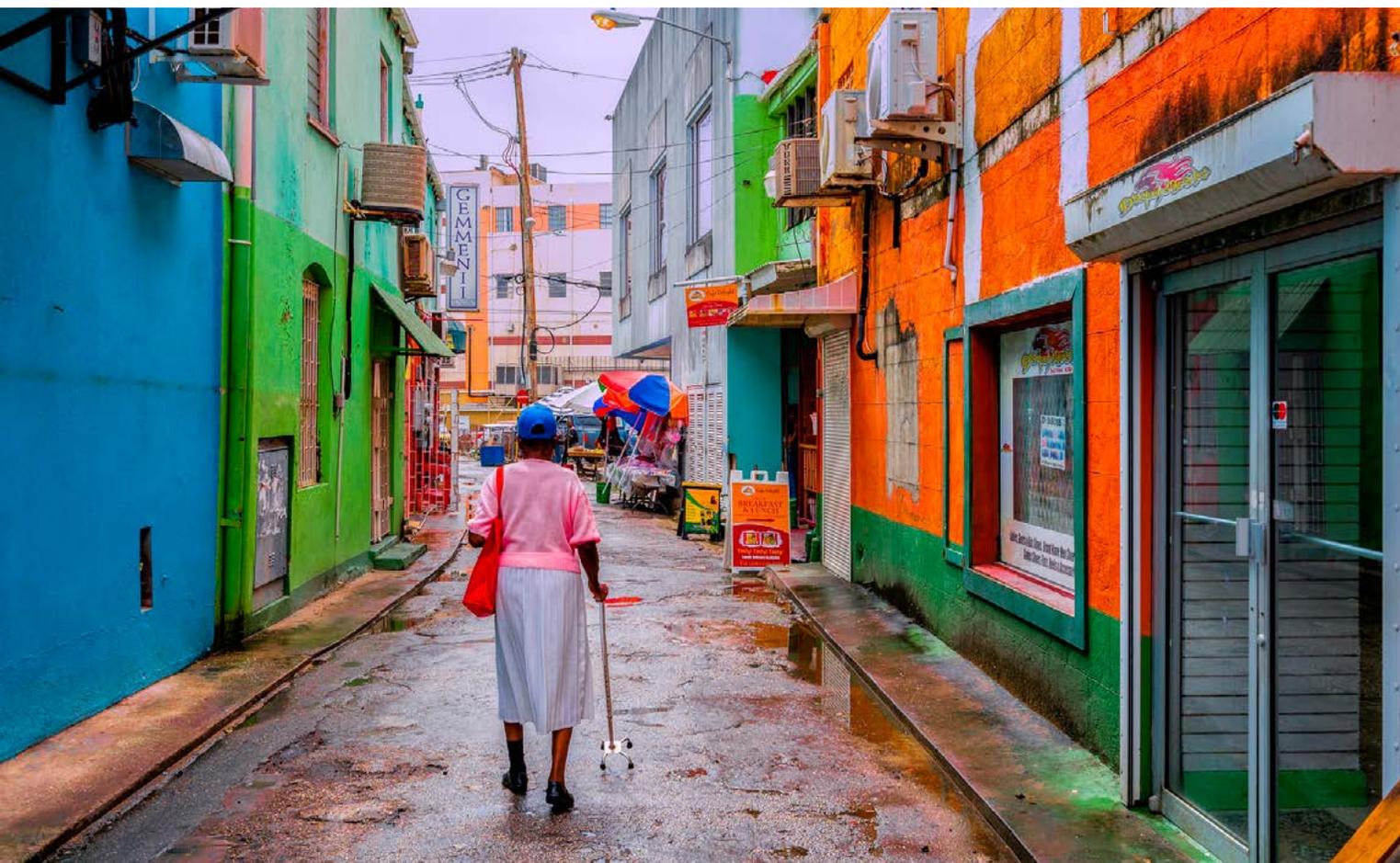


Gráfico 21. Correlación entre cobertura de alcantarillado y mortalidad por EDA en menores de 5 años. Fuente: Propia AVS, 2020



Al revisar detenidamente las coberturas de acceso a agua potable y alcantarillado, todavía se observan grandes diferencias entre las áreas rurales y las urbanas, como se puede apreciar en el **(Gráfico 22)** de cobertura de agua potable, donde se evidencia que incluso en las áreas rurales de Bogotá las coberturas son muy reducidas. Un determinante que no le compete directamente al área de la salud pero que genera deficientes resultados en la integridad física y el bienestar de la población.

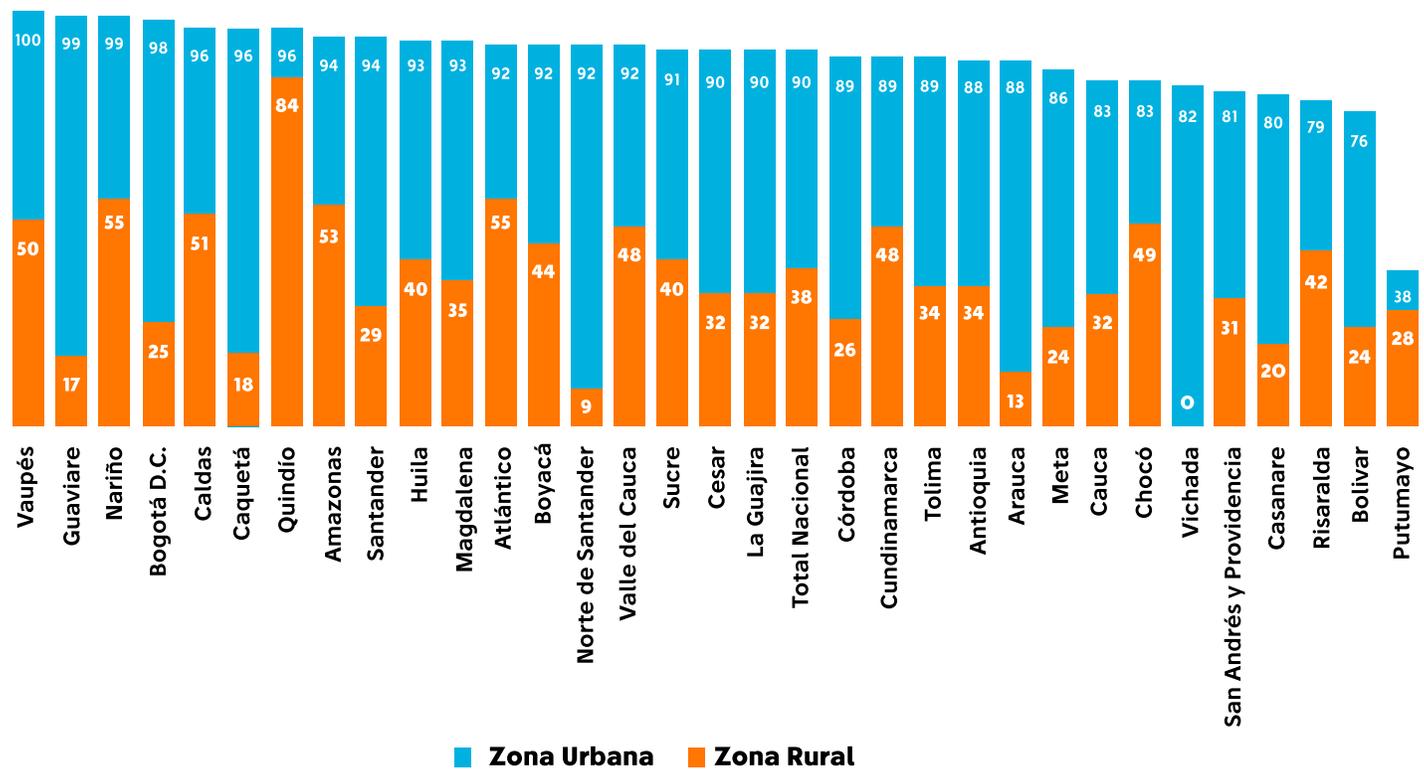


Gráfico 22. Acceso a servicio básico de agua potable - Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en área urbana y rural 2019. Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, 2019

A grandes rasgos, la revisión realizada de los antecedentes y del contexto del Sistema de Salud y de Protección Social colombiano, presenta al menos tres puntos que se consideran críticos. El primero, la necesidad de establecer objetivos y propósitos comunes que comprometan a los diversos agentes del sistema en una misma dirección. El segundo, la carencia de un esquema de distribución sustentable y la necesidad de incluir nuevas fuentes de financiamiento para lograr la sostenibilidad. El tercero, la urgencia de mejorar las condiciones en los territorios más alejados del país, no solo en términos de cobertura sino de acceso.

Elementos críticos de la atención primaria en salud -APS- como eje causal de los resultados en salud pública:

teniendo en cuenta la APS como eje central de los resultados en salud pública, se hace necesario explorar los elementos principales y la viabilidad de uso de estos recursos a la hora de revisar las brechas críticas en el acceso y calidad de los servicios. Para empezar, es trascendental hablar de las bases de la APS en el país, esto con el fin de identificar los pilares donde se está fallando al momento de operativizar los modelos planteados por los agentes del ecosistema.

Como lo dice la OPS, para renovar la APS es necesario algo más que ajustarla a las realidades políticas de cada gobierno (OPS, 2008). Este debe ser un proceso continuo que permita ser consecuente con los progresos y donde se procure el goce máximo del derecho al bienestar integral, siempre bajo los parámetros de equidad y solidaridad, lo cual presupone una responsabilidad conjunta de los actores involucrados. Sin embargo, esto sólo puede lograrse en la medida que los distintos sectores que conforman el ecosistema entienden su responsabilidad y contribuyen con sus capacidades para el desarrollo de programas sostenibles con altos estándares de calidad y con una responsabilidad financiera que permita la rendición de cuentas transparente cuando así lo requiera la sociedad civil y/o gubernamental comprometida.

De la misma forma, una visión actualizada de la APS propone programas de atención constituidos a partir de tres características: altos estándares de calidad, responsabilidad financiera y participación ciudadana por medio de control y vigilancia. Por lo anterior, es fundamental plantear la importancia de desarrollar un modelo de atención centrado en la APS, para lo cual es imprescindible identificar las necesidades de la población con el objetivo de aunar esfuerzos para trabajar de manera coordinada entre las diferentes autoridades sanitarias.

A propósito, el Banco Mundial publicó un informe que evalúa el desempeño del Sistema de Atención Primaria en Salud en Colombia, con lo que se pudieron evidenciar algunos grados de avance y oportunidades de mejora para el país en términos de financiamiento, capacidad, desempleo y equidad. Sin embargo, aunque Colombia ha logrado avanzar en cobertura de aseguramiento al 95% de su población, impactando de manera gradual en la reducción de la mortalidad materna e infantil, en el incremento de la esperanza de vida al nacer y en el mantenimiento de un bajo gasto de bolsillo, se siguen presentando algunos aspectos a mejorar, sobre todo en lo que respecta a las diferencias de las entidades territoriales en cuanto a ingresos y cobertura de cuidados básicos (Banco Mundial, 2020), que justamente siguen siendo un obstáculo para el adecuado desarrollo de la APS en el país.

Adicionalmente, son muchos los datos que contextualizan el estado de la salud pública en el mundo. Indicadores que muestran cifras desalentadoras, como que para 2019 al menos la mitad de los 7300 millones de habitantes del planeta siguen sin tener plena cobertura en servicios sanitarios esenciales o que de los 30 países de los que se dispone de datos, tan solo 8 gastan en atención primaria al menos US\$ 40 por persona y año (OMS, 2019).

Con estos resultados en mente, la mesa de trabajo de Condiciones Iniciales y Resultados en Salud Pública (la Mesa) se concentró en identificar las acciones de APS en Colombia bajo tres pilares:

- Los determinantes sociales de la salud del siglo XXI
- Las brechas entre el sector rural y urbano
- La visión positiva de la salud (entendida esta, como acción movilizadora de todas las capacidades de la vida y como responsabilidad individual en el autocuidado y en la salud colectiva)



En ese sentido, desde la Mesa, se plantea la necesidad de generar políticas y estrategias de regulación para lograr la articulación de los diferentes actores en los diversos sectores sociales, que incluya incentivos para aquellos que innoven en la manera de prevenir y mitigar los efectos de los determinantes sociales que se presentan en algunos contextos. Así mismo, se propone la generación de incentivos para las aseguradoras o EPS que produzcan impacto en autocuidado y den resultados positivos en salud. Estos incentivos deben estar precedidos por una política de regulación que facilite y promueva la articulación entre los entes territoriales en salud, los aseguradores y las ARL para que desarrollen conjuntamente acciones que promuevan la salud en todos los territorios de Colombia.

Por otra parte, en la Mesa se hizo énfasis en los determinantes sociales por ser esos factores que pueden afectar el estado de salud de las poblaciones de manera directa e indirecta. Así, se intentó establecer cuáles son en realidad esos determinantes sociales que pueden ser considerados más importantes por su impacto sobre la salud y, sobre todo, por el potencial de transformación al modificarlos. Algunos de estos determinantes son nuevos, mientras que otros ya han sido claramente descritos y conocidos, pero todos deben ser priorizados en los esfuerzos de construcción de políticas públicas que permitan impactarlos directa e indirectamente, teniendo en cuenta que estos no constituyen variables independientes, por lo que, impactando en uno, es muy posible que se obtengan efectos positivos en otros. Un ejemplo de esto es la conectividad en las comunicaciones, inclusive las de nuevas tecnologías, la cual puede mejorar de manera importante las posibilidades de educación, autocuidado y protección social.

Por lo anterior, los elementos que se priorizaron en la mesa de trabajo fueron:

- El autocuidado, la cultura y la responsabilidad ciudadana
- La educación
- La seguridad ciudadana ante la violencia armada
- La protección social
- La seguridad alimentaria
- La conectividad



Las referencias Bibliográficas de este capítulo las puede encontrar en la sección bibliografía al final del documento.

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO 4

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Objetivo Garantizar y fortalecer el acceso a salud de la población priorizando la Atención Primaria en Salud como herramienta que promueve la participación comunitaria

ODS



ESTRATEGIA 1

Avanzar en la definición, integración y regulación de Equipos Multidisciplinarios en Salud (EMS) con énfasis rural y enfoque educativo

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Definir roles y mecanismos de los EMS	★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural y operativo del SGSSS, IPSs y EPSs	MSPS, IPSs, EPSs y Secretarías de salud 	Los equipos se deberían conformar a partir de las características epidemiológicas territoriales
Regular la vinculación de Gestores Comunitarios en Salud (GCS)	★★	★★★★★★	Corto plazo	Estructural del MSPS	MSPS, EPSs, IPSs, Secretaría de Salud y Sociedad civil 	Los GCS son actores estratégicos que articulan el SGSSS con la sociedad civil

¹Recursos: la medición va de 1(*) a 5 (*****), siendo 5 el mayor porcentaje necesario para desarrollar la acción

²Impacto: la medición va de 1(*) a 5 (*****), siendo 5 el mayor porcentaje necesario para desarrollar la acción

³Dimensiones: se categorizan como:

- Estructurales: requieren cambios o creación de acciones jurídicas, por lo general de iniciativas del Ejecutivo o del Legislativo (ej., leyes, decretos)
- Administrativas: no requieren cambios jurídicos, pueden ser de origen netamente del Ejecutivo y buscan crear o desarrollar acciones de un plan o proyecto social
- Operativos: son acciones o lineamientos que buscan desarrollar un objetivo específico de un programa, plan o proyecto

ESTRATEGIA 1

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Seleccionar promotores de salud con perfiles adaptados a las necesidades comunitarias específicas	★★★★	★★★★★	Corto plazo	Administrativo del MSPS	MSPS, IPSs, EPSS y Secretarías de salud 	La selección de perfiles debería responder a características de formación y necesidad territorial
Conformar equipos itinerantes para asegurar la prestación de los servicios en situaciones específicas	★★★★	★★★★★	Corto plazo	Operativo del MSPS	MSPS, EPSS, IPSs 	Movilizar a los integrantes de cada equipo hacia aquellos municipios y comunidades donde se les solicite, apoyando la respuesta de los servicios de salud

ESTRATEGIA 2

Agilizar la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR)

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Desarrollar estrategias para implementar el PNSR	★★★★	★★★★★★	Corto plazo	Administrativo del MSPS	MSPS, Secretarías de salud, EPSS e IPSs 	Participación de la ciudadanía y de las autoridades territoriales y diferentes sectores
Priorizar los avances del MSPS dirigidos a facilitar el acceso universal en salud en la ruralidad	★	★★★★	Corto plazo	Operativo del MSPS	MSPS, Secretarías de salud, EPSS e IPSs 	Trabajar sobre los avances logrados en acceso a salud rural

ESTRATEGIA 3

Construir un mapa de perfiles epidemiológicos diferenciales entre lo rural y lo urbano a lo largo del territorio nacional

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Caracterizar la población rural y urbana a partir de condiciones epidemiológicas	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Administrativa y operativo del MSPS	MSPS, EPSs, IPSs, Secretarías de salud y Entidades territoriales 	Hacer un análisis integral de los perfiles de morbilidad incluyendo enfermedades y otros problemas como salud mental, accidentes de tránsito, la violencia, entre otros

ESTRATEGIA 4

Regular el mercado de productos perjudiciales para la salud de la población e incrementar los recursos financieros para garantizar la sostenibilidad del SGSSS

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Incrementar los impuestos a productos perjudiciales para la salud de la población (ej., impuesto al tabaco, azúcar y alcohol)	★	★★★★★	Corto plazo	Estructural del SGSSS y MinHacienda	MSPS, Congreso, DIAN, ADRES y Superintendencia de Industria y Comercios 	Debe contar con análisis costo-efectividad para evaluar el impacto de la implementación del aumento de impuestos

IMPULSAR EL USO DE TICS COMO UNA HERRAMIENTA PODEROSA PARA POTENCIAR ACCESO A LOS SERVICIOS EN SALUD

Objetivo Mejorar la conectividad en el territorio con miras a fortalecer el acceso a los servicios en territorios rurales y dispersos

ODS



ESTRATEGIA 1

Garantizar la conectividad, el uso, la apropiación y el conocimiento de las herramientas médicas tecnológicas en todo el territorio nacional

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Fortalecer la teleexpertise y teleconsulta para brindar apoyo complementario a la atención básica	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural del MSPS y MinTIC	Ministerio de Salud y Protección Social, MinTIC 	Se deben implementar las herramientas tecnológicas para garantizar la teleconsulta y teleexpertise en todos los territorios
Crear un grupo técnico que capacite al personal en salud y a los usuarios acerca del manejo de las TICs	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Administrativo del MSPS, MinEducación y MinTIC	Ministerio de Educación, MSPS, MinTIC y SENA 	Esta estrategia requiere un trabajo conjunto y herramientas técnicas apropiadas para su implementación
Garantizar y promover financiamiento a aseguradoras y prestadoras que hagan uso constante de TICs	★★★★★	★★★★	Mediano plazo	Operativo del MSPS, ADRES	MSPS, EPs, IPs, ADRES, MinTIC, Fondos de inversión y Banca privada 	Los actores que hagan uso de TICs para mejorar el acceso y la calidad pueden contar con beneficios financieros

INTENSIFICAR LA EDUCACIÓN EN LA SALUD Y LA PARTICIPACION SOCIAL

Objetivo Fortalecer la educación en salud y la participación social de los individuos

ODS



ESTRATEGIA 1

Diseñar una política de Cuidado y Autocuidado entre el sector salud y educación que garantice el aprendizaje de hábitos de vida saludables en las diferentes etapas del ciclo de vida

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Diseñar, implementar y medir el impacto de la política de cuidado y autocuidado en salud	★★★★★★	★★★★★★	Largo plazo	Estructural del SGSSS y MinEducación	MSPS y MinEducación 	La política debería contar con indicadores de línea base para medir el impacto en el tiempo
Definir indicadores y fuentes de información que permitan evaluar la política de Cuidado y Autocuidado en salud	★★	★★★★	Corto plazo	Administrativo del SGSSS y MinEducación	MSPS y MinEducación 	Los indicadores deben permitir analizar e interpretar fenómenos a partir de datos
Desarrollar estrategias de aprendizaje sobre cuidado y autocuidado en las entidades educativas (ej., educación sexual y reproductiva, nutrición, salud oral)	★★★★	★★★★★★	Corto plazo	Administrativo MinEducación y MSPS	MSPS, MinEducación, Secretarías de salud 	Se requieren esfuerzos coordinados entre sectores como educación y salud

ESTRATEGIA 1

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Crear un grupo técnico de profesionales que promuevan y eduquen a la población en hábitos de vida saludables	★★★★	★★★★	Mediano plazo	Administrativo MinEducación y MSPS	MSPS, MinEducación, Secretarías de salud y SENA 	Este grupo técnico debe prestar sus servicios en todo el territorio nacional

MEJORAR LA ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD A PARTIR DE UN ESQUEMA DE INCENTIVOS

Objetivo Mejorar la calidad e incrementar la prestación de servicios en salud a través de un sistema de incentivos, medidos a partir de resultados

ODS



ESTRATEGIA 1

Implementar un esquema de incentivos para promover la buena salud enfocado en las aseguradoras, prestadoras y usuarios

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Desarrollar esquemas de incentivos positivos para promover la calidad en la prestación de servicios	★★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Estructural del MSPS, EPSS e IPSS	MSPS, EPSS e IPSS 	Los incentivos se deberían otorgar a las entidades con mejores resultados en atención y calidad
Definir incentivos para promover el cuidado y autocuidado en salud de las personas	★★★★★★	★★★★★★	Mediano plazo	Administrativo del MSPS, EPSS e IPSS	MSPS, EPSS e IPSS 	Los incentivos deben estar alineados a incrementar el autocuidado (ej., las personas más saludables podrían obtener descuentos en cotización o en planes complementarios)

ESTRATEGIA 1

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Implementar incentivos que fortalezcan el trabajo conjunto de prevención y promoción entre prestadoras y aseguradoras	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del MSPS, EPSs e IPSs	MSPS, EPSs e IPSs 	Buscar que los actores trabajen de manera conjunta para promover el cuidado y autocuidado en salud

INCIDIR EN LOS RESULTADOS Y DETERMINANTES EN SALUD A TRAVÉS DE LA ACCIÓN INTERSECTORIAL

Objetivo Robustecer los resultados actuales y futuros en salud por medio de la implementación de una política suprasectorial

ODS



ESTRATEGIA 1

Intervenir en los diferentes ámbitos del desarrollo humano en salud, tomando la experiencia adquirida en el COVID-19 (ej., salud laboral)

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Diseñar e implementar una política suprasectorial que promueva el desarrollo humano en salud	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Estructural SGSSS y de otros ministerios	Todos los ministerios, multilaterales, OMS, OPS, ONU, OIT, ONGs, Congreso, Presidencia y sociedad civil 	Esta política debe ser vinculante en los actores nacionales y surgir a partir de las experiencias adquiridas tras la pandemia por COVID-19

ESTRATEGIA 1						
	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Implementar programas al interior de las organizaciones que promuevan el bienestar y la salud de los trabajadores	★★★★★	★★★★★	Mediano plazo	Operativo del MSPS y el Ministerio del Trabajo	MSPS y Ministerio del Trabajo 	Crear un compromiso que garantice la salud laboral

DIGNIFICAR LA VIDA DE LA POBLACIÓN RURAL

Objetivo Garantizar la equidad en acceso, aseguramiento, calidad y eficiencia de la salud en los territorios rurales por medio de la dignificación de la vida de los usuarios

ODS



ESTRATEGIA 1

Aprender de las experiencias vividas de la pandemia para dignificar la vida de la población rural y el campo

	Recursos ¹	Impacto ²	Temporalidad	Dimensiones ³	Actores	Comentarios
Desarrollar instrumentos que promuevan el crecimiento y desarrollo del campo para fortalecer la calidad de vida	★★★★★	★★★★★	Largo plazo	Administrativo de todos los Ministerios	Todos ministerios, sociedad civil, ONGs, multilaterales, entidades territoriales 	Estos instrumentos deben ser diseñados a partir de un trabajo intersectorial y contar con indicadores de medición de resultados

CONVENCIONES

CAPÍTULO 4



Aseguradoras (EPSs)



Senado de la República



MinTIC



Presidencia de la República



Ministerio de Transporte



SENA



Ministerio de Salud y Protección Social



Contraloría de la República



Prestadores de servicios de salud (IPSS)



OIT



Ministerio de Educación



Banca Privada



Ministerio del Trabajo



Fondos de Inversión



Altas Cortes



Entidades Territoriales



ONGs



Sociedad Civil



Todos los Ministerios



Organización Mundial de la Salud



Organismos multilaterales



Organización de las Naciones Unidas



Secretarías de salud Departamentales



OPS



Superintendencia de Industria y Comercio

5

La Experiencia con el sistema de **SALUD**

Perspectivas de la sociedad civil

Capítulo 5

Introducción

Como se ha mencionado previamente en este documento, la protección social no solo debe tener en cuenta elementos propios del funcionamiento del Sistema de Salud, también puede basarse en otros aspectos que definen y modifican permanentemente el estado de salud de las poblaciones. Según la Unicef, la protección social debe estar conformada por cuatro elementos: transferencias sociales, programas para garantizar el acceso a los servicios, servicios de apoyo y atención social, reformas legislativas y políticas (2012, 39).

En ese sentido, parte de lo observado en esta investigación fue justamente que la salud es importante para los seres humanos en tanto que modifica y es modificada por las instituciones sociales. Por lo anterior, no puede pensarse la salud por fuera de aspectos sociales/culturales, económicos y políticos, porque finalmente estos van a regular las experiencias que se viven al interior del Sistema de Salud. Partiendo de esto, Así Vamos en Salud ha diseñado un entorno concéntrico para entender cómo podrían comprenderse de manera más integral el concepto de salud y protección social en los diferentes contextos, basados en las tres principales instituciones sociales: social/cultural, económica y política, teniendo como aspecto central la salud.

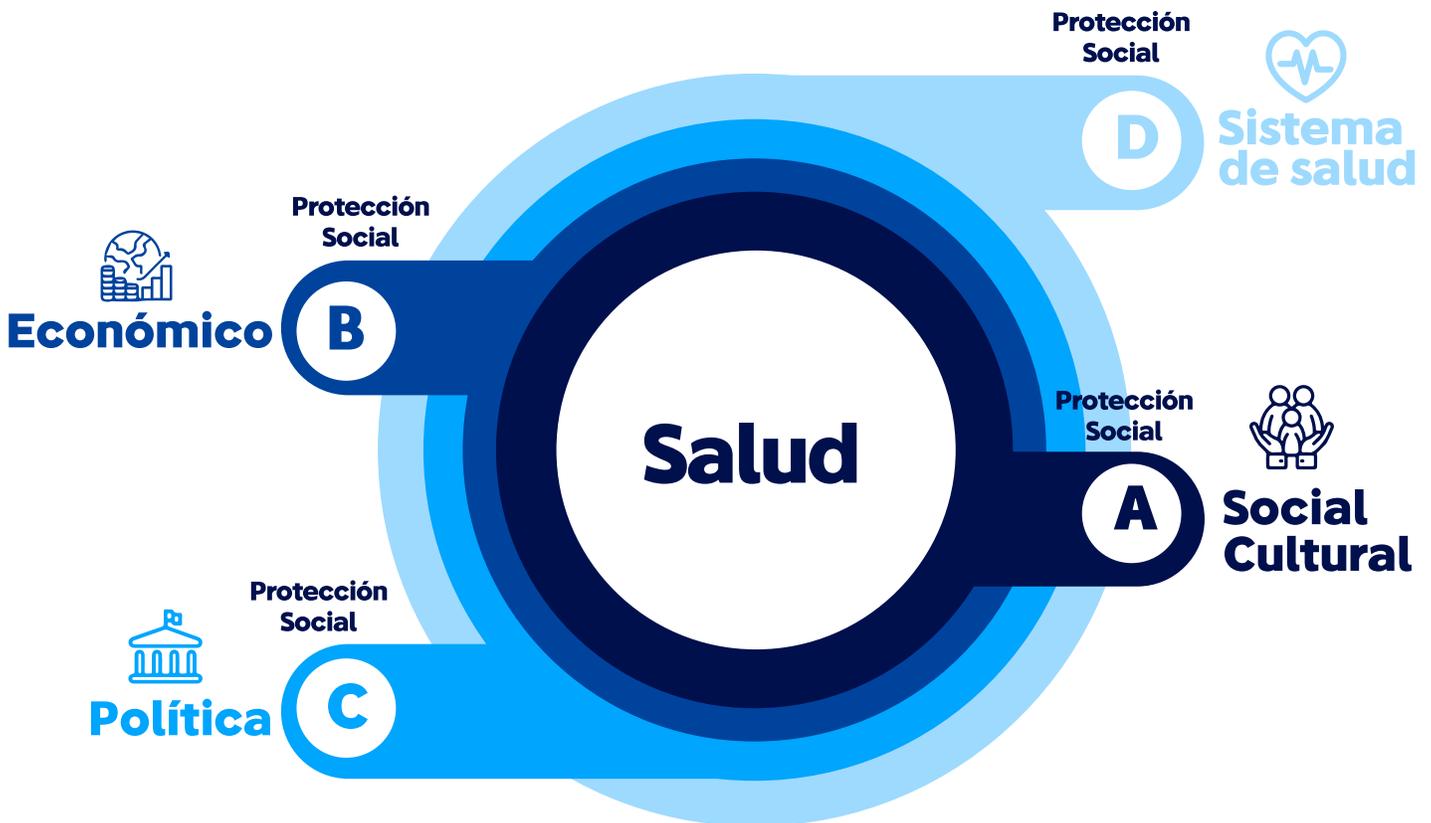


Gráfico 23. Entorno concéntrico. Fuente: elaboración propia Así Vamos en Salud

Con el entorno concéntrico se pretende evidenciar que, si bien el Sistema de Salud juega un rol fundamental en el cuidado de la salud, existen otros elementos que la afectan y que podrían estar directamente relacionados con la protección social. Esto demuestra que siguen existiendo factores que evidentemente están fuera del alcance del Sistema de Salud, pero que finalmente pueden comprometer el acceso a los servicios de salud de manera oportuna o incluso, hacer que este sea poco efectivo y no resuelva los problemas reales de la población.

Por lo anterior, este capítulo tiene como objetivo evidenciar los resultados de la discusión liderada por Así Vamos en Salud que tuvo como propósito conocer las experiencias y percepciones de la sociedad civil respecto al Sistema de Salud y los elementos que conforman la protección social. Esto se logró a través de entrevistas semi-estructuradas en las que participaron 60 personas de diferentes territorios del país y con distintas características. Para este objetivo las entrevistas se estructuraron a través de 4 módulos¹, las cuales se realizaron a través de la herramienta Zoom, con una duración de mínimo 15 y máximo 45 minutos. Se incluyeron grupos poblacionales de diferentes géneros: hombre, mujer y otros (transexuales, transgénero); y de diversos departamentos y municipios de Colombia: Amazonas, Santander, Magdalena, La Guajira, Caquetá, Guaviare, Nariño, Bolívar, Cundinamarca y Bogotá, los cuales se seleccionaron a través del muestreo no probabilístico por bola de nieve² y muestreo no probabilístico por conveniencia³.



1. **Módulo I:** conocimiento sobre la estructura y funcionalidad del Sistema de Salud

Módulo II: conocimiento sobre derechos y deberes con el Sistema de Salud

Módulo III: costos en los territorios por el acceso a servicios

Módulo IV: realidades del acceso a la salud en los territorios, atención diferenciada

Módulo V: Educación sobre salud y espacios de diálogo

2. El muestreo no probabilístico por bola de nieve se utiliza para trabajar con poblaciones o grupos poblacionales de los cuales no se tiene suficiente información para definir una muestra (Alloatti, 2014). Una vez se define la población que se quiere muestrear en el estudio, se establece contacto con algunos de los individuos que la conforman y a partir de este se logra el contacto con otras personas con características similares.

3. Hace referencia a los casos accesibles que aceptan ser incluidos en la investigación y que se ajustan a las características de los criterios de inclusión de la misma (Otzen y Manterola, 2017, 230).

Así, este capítulo desarrolla tres grandes temáticas:

1. Acceso a la salud y desarrollo social
2. Gasto de bolsillo, perspectivas sociales y culturales
3. Educación para la salud con enfoque territorial

Acceso a la salud y desarrollo social:

El acceso a los servicios de salud tiene múltiples definiciones y enfoques. Según Aday y Adersen (1974), pueden destacarse dos formas de entender este concepto. El primero relaciona el acceso con las características de la población y del sistema como los ingresos familiares, la cobertura en salud, las actitudes hacia la atención médica, la distribución y organización del talento humano y la infraestructura disponible para la presentación de los servicios. La segunda se basa en la medición de la utilización efectiva de los servicios a través de índices y puntuaciones de satisfacción.

Para esta investigación es importante retomar ambos enfoques, dado que, tanto la medición de la utilización efectiva de los servicios como las características de la población, no sólo para el goce oportuno de los servicios de salud, sino también para el mejoramiento continuo de la salud de las poblaciones. Por lo anterior, este apartado no pretende únicamente centrarse en el concepto de acceso a los servicios de salud, sino de manera más amplia, en el acceso a la salud, entiendo esta última como un derecho fundamental para el adecuado desarrollo social.

Según Manchola et al (2017), el derecho a la salud está directamente relacionado con otros derechos como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación, siendo todos esenciales para el goce efectivo de la salud. Así, el acceso a la salud, no sólo debe entenderse desde la funcionalidad interna del Sistema de Salud, sino también de todos aquellos elementos que componen el Sistema de Protección Social, que pueden limitar o facilitar la salud de las poblaciones.

Justamente, en las entrevistas realizadas para esta investigación, se pudieron evidenciar algunos aspectos que vinculan el derecho a la salud con el acceso oportuno a la misma:



El derecho a la salud es un derecho que tenemos todos los seres humanos de ser atendidos en igualdad de condiciones, tanto hombres como mujeres. Para todos los temas relacionados con nuestra salud física, emocional. También, para garantizar nuestro bienestar (Mujer, líder de derechos humanos, residente zona urbana).

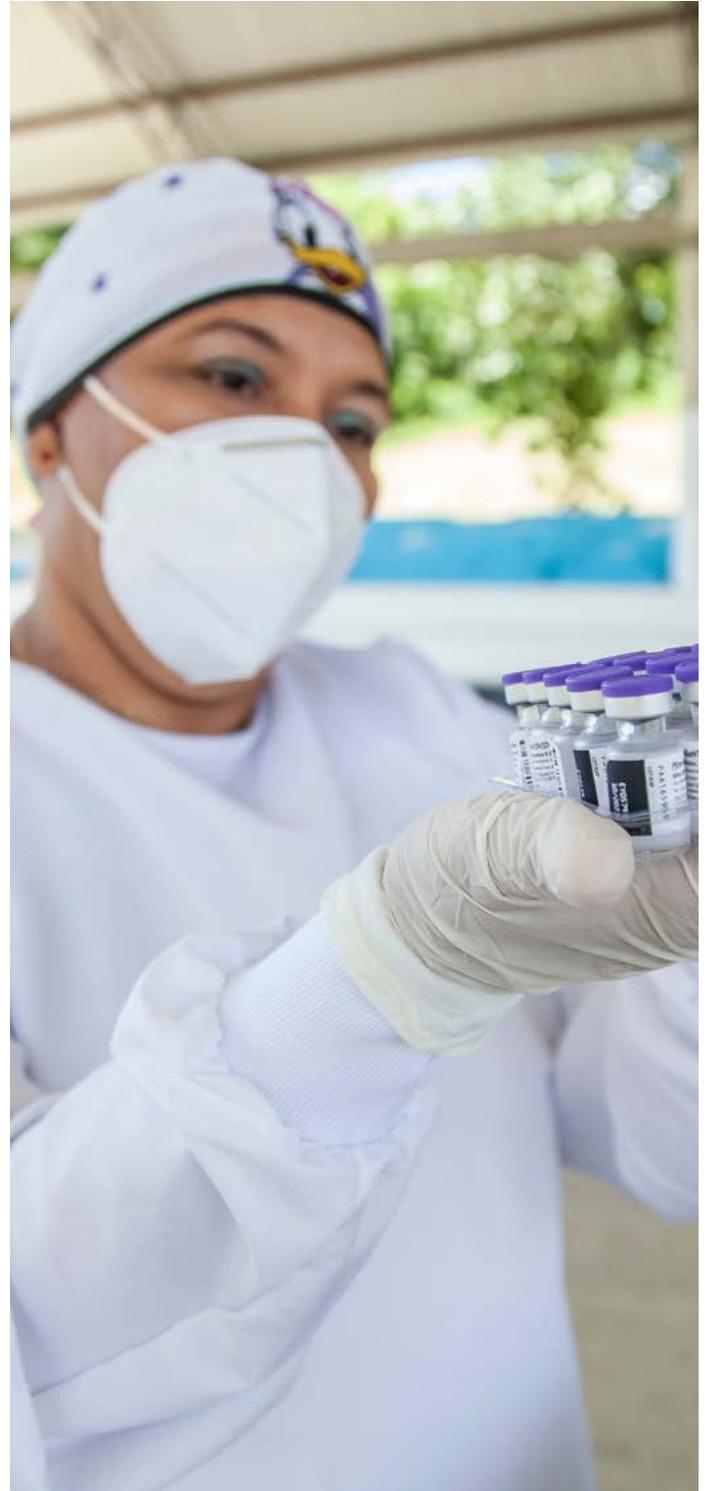


“Más allá de la prestación del servicio, de que si es bueno o malo, la salud es un derecho de todos y todas y se debe acceder a servicios de salud de calidad. Es decir, no es un favor ni del personal médico, ni del Gobierno, ni del Estado, es un derecho que como ciudadanos y ciudadanas todas tenemos” (Transgénero, residente zona urbana)

A pesar de que la mayoría de los entrevistados reconocen la salud como un derecho, para muchos este no siempre está garantizado. Justamente, la garantía tiene que ver con las condiciones que pueden limitar el acceso a los servicios de salud, por ejemplo la participación y el acceso a la información que pueden verse afectados por características de los entornos sociales como la violencia, el conflicto armado, entre otros. Así lo mencionan algunos de los entrevistados:

“Cuando la situación se pone muy violenta, los pacientes pierden la cita” (Mujer, Trabajadora de la salud, residente zona rural).

“Atiéndeme, yo me tengo que regresar porque es que yo no puedo salir de acá de la cabecera. No puedo acercarme, me mataron a mi hermano o mi primo o mi papá o mi marido. Ese caso era repetitivo. Otros desplazados de Medellín que también hacían lo mismo. Difícil. Muy difícil la situación” (Mujer, Trabajadora de la salud, residente zona rural).



“Mire lo que ocurrió en San Pablo en el 2018: Seis o siete mujeres fueron violadas porque se levantaban a las tres y cuatro de la mañana a hacer una cita médica. Y el violador o los violadores - no sé - sabían por dónde pasaban o miraban” (Mujer, defensora de derechos humanos, residente zona urbana).

De acuerdo a lo anterior, el sector salud está llamado a dialogar con otros sectores que permitan atender a las problemáticas que no son competencia directa del Sistema de Salud, pero que tienen la capacidad de afectarlo de manera directa. En ese sentido, según la OMS, “el sector de la salud está especialmente interesado en la prevención de la violencia y tiene un papel clave que desempeñar al respecto” (2002,3). Este papel no debe limitarse sólo a la reacción de las acciones violentas que suceden en los contextos sociales, en términos de la atención oportuna de las personas que se ven afectadas por el maltrato, el conflicto armado, homicidios, y en general, todas las formas de violencia, sino que debe jugar un papel protagónico para hacer de la prevención de la violencia un hábito saludable que permita preservar la vida.

Otro elemento que limita el acceso a la salud, es la poca existencia de espacios y canales para la participación en salud. Esta última puede definirse como el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen individualmente o colectivamente a desarrollar la capacidad de asumir sus responsabilidades para sus problemas de salud y actuar para buscar soluciones (Pineda, 2014). Es importante destacar que las políticas de participación en salud, son iniciativas promovidas por las propias

instituciones y no por la respuesta de una demanda popular. Para que la población pueda incorporar su opinión y actividad a los servicios de salud, cualquiera que sea el sistema, se deben proporcionar una serie de alternativas para que los ciudadanos, de manera individual o colectiva, puedan interactuar (Vásquez, 2000).



En múltiples ocasiones, los entrevistados hicieron alusión a la importancia de incluir más espacios de participación que permitan evidenciar las principales necesidades y problemáticas de la población:

***“Queremos espacios, queremos herramientas, propongamos instancias, idealicemos también propósitos que verdaderamente no sólo me van a beneficiar como familia, como mamá sino también como comunidad. Creando espacios, apropiando territorios, siendo influenciadoras de esos proyectos y macroproyectos allí dentro del territorio, como creando un hospital o un laboratorio”
(Mujer, líder social, residente zona rural)***

Gasto de bolsillo, perspectivas sociales y culturales:

El gasto de bolsillo en salud puede entenderse desde la teoría del consumidor como las dinámicas en las que un grupo de individuos interactúan con el mercado de bienes y servicios por medio de precios establecidos. En este contexto, los individuos se enfrentan a un dilema de decisión respecto a un conjunto disponible el cual se encuentra limitado por una serie de restricciones (Pérez y Silva, 2015).

Dentro de los factores que pueden llegar afectar el consumo y elección de bienes y servicios relacionados con la salud están la localización, las características sociales, económicas y demográficas. Es importante tener en cuenta que los mercados de bienes y servicios son heterogéneos en el espacio, puesto que cada región tiene unas características particulares, limitadas al espacio geográfico que ocupan, lo cual hace que la dinámica de mercado sea diferente en cada una de estas. Así, el conjunto de consumo que tiene una persona que reside en una ciudad como Bogotá es totalmente diferente al que enfrentaría una persona que reside en La Guajira o Chocó (Pérez y Silva, 2015).



“La gama de prestadores que hay en las grandes urbes y uno también le toca ir a veces hasta Bogotá para practicarle exámenes porque los equipos que hay acá, los instrumentos, los laboratorios y los centros de salud son realmente obsoletos, no son confiables y es una dificultad muy grande”. (Hombre, Líder Social, residente zona rural)



“Aquí en Florencia sólo hay un hospital de tercer nivel, ni siquiera de los niveles que debería tener una ciudad como esta. Entonces imagínese usted un hospital de tercer nivel que un especialista viene cada mes, cada quince días y viene y está dos días y realmente el campesino que viene por allá de San Vicente del Caguán, de Cartagena del Chairá pues se gasta dos días para venir, entonces cuando llega el médico ya ha cogido el avión de regreso para Cali, Medellín o Bogotá” (Hombre, Líder Social, residente zona rural)

**“Una persona que está en Araracua-
ra, que es límite del Caquetá con
el Amazonas, traerla a Florencia o
llevarla a Leticia a un centro médico
puede costar una millonada. Si
hay que hacerlo a través de una
avioneta particular, los aviones van
una o dos veces a la semana a llevar
pasajeros”. (Hombre, Líder Social,
residente zona rural)**



“Soy afrodescendiente y en el departamento del Chocó la salud es muy precaria. Donde muchas veces los casos los remiten a otras ciudades para poder ser atendidos. Ya un municipio cercano ya ni siquiera hay un puesto de salud con infraestructura mínima para poder atender una necesidad de la población” (Hombre, Líder Social, residente zona rural)



“Aquí sólo se atiende urgencias y consulta externa. Para exámenes si yo no tengo descansos para ir, me los he hecho particular”. (Mujer, trabajadora de la salud, residente zona rural)



“Residiendo en Madrid, Cundinamarca ha sido un poco más difícil por lo que no tenemos tantas atenciones en especialistas, entonces todas las atenciones son direccionadas directamente a la ciudad de Bogotá” (Mujer, residente zona urbana)

Por otro lado, uno de los factores que también está asociado con el gasto de bolsillo en salud es la Oportunidad para acceder a los servicios de salud y la entrega de los medicamentos. Según Jiménez y López (2015) el gasto de bolsillo en medicamentos puede incidir en la decisión de no afiliarse a una entidad de salud o una escasa cobertura del mismo, así como sucede en los servicios donde los medicamentos no son entregados en los tiempos establecidos sino días después. Cabe resaltar, que para el tratamiento de diferentes enfermedades es indispensable que el paciente reciba a tiempo sus medicamentos, lo cual minimiza el gasto de bolsillo de los usuarios del sistema, quienes se ven obligados a comprarlos debido a las demoras en la entrega. Estos fueron algunos de los planteamientos expuestos por los entrevistados en referencia a este tema:

“Voy a la clínica y pago independientemente de mi bolsillo. Para que lo atiendan rápido porque si uno espera a que lo atienda el médico un mes o dos meses, me sale mejor pagar los exámenes particularmente e ir a algún médico para que me diga los resultados” (Hombre, líder social, residente zona rural).

“Hasta los mismos medicamentos he tenido que comprarlos, porque no hay la cita para autorizar los medicamentos” (Hombre, migrante, residente zona urbana).



***“Mensualmente estoy comprando más o menos, en medicamentos, como de \$25.000 a \$30.000 pesos”
(Mujer, trabajadora de la salud, residente zona rural).***



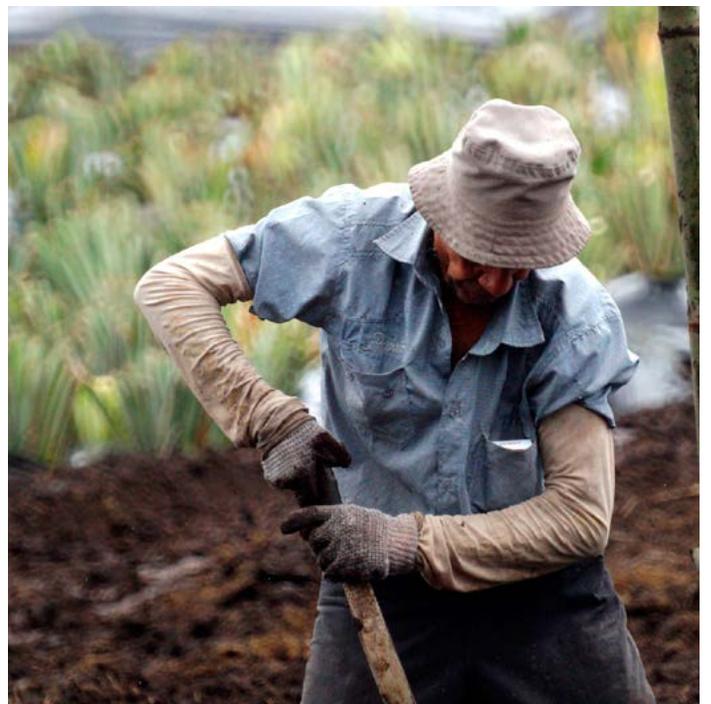
Para finalizar, otro de los factores que se relacionan con este tema son las creencias que tienen las personas respecto al cuidado de la salud. En el campo de la psicología social, las creencias se ubican en la categoría de “representaciones sociales”, teoría propuesta por Moscovici hacia 1961. Esta teoría busca integrar los niveles individual y social en el análisis del comportamiento de los individuos, lo cual implica que la conducta está influenciada por las representaciones sociales y viceversa. Al definir las representaciones, Moscovici se refiere a un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones que se van originando en el diario vivir a través de las relaciones interpersonales. En la sociedad corresponden a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales (Melguizo y Alzate, 2008)

De acuerdo a las entrevistas, se pudo observar que las personas prefieren acudir a la medicina tradicional, chamanes, yerbateros, entre otros, por diversas situaciones, como la desconfianza hacia al Sistema de Salud, porque conciben este como ineficaz e inseguro y porque existen barreras en el acceso a los servicios de salud. Esto puede evidenciarse a continuación:



“La gente igual hace las cosas desinformadas, se pone en riesgo y genera más riesgo para su salud personal y colectiva, y agrava la situación. Eso es para personas que sin saber de medicina, de droguería, que trabajan con espíritus, que trabajan con el Hermano San Gregorio, espiritistas, etc. Mucha gente realmente busca a estas personas porque saben que el Sistema de Salud realmente es muy pésimo y que va a ser muy difícil para que los atiendan rápidamente. Mucha gente va a que los atiendan y los formulan. (Hombre, Líder grupos de género, residente zona urbana)”

“Con la medicina alternativa, el costo de la consulta cuesta \$60.000 pesos y el medicamento por aparte son unas goticas que cuestan \$25.000 cada una”. (Hombre, residente zona urbana)”





“Tenemos allí una cultura también ancestral que a veces nos sanamos con la yerba. Nos ayudamos con la crema, nos ayudamos también con cosas ancestrales” (Mujer, líder social, residente zona rural)

Educación para la salud con enfoque territorial:

La educación para la salud son las actividades y acciones que se desarrollan para la mejora continua del conocimiento de la población, así como el fortalecimiento de las habilidades individuales que contribuyen de manera significativa a la salud individual y colectiva (Minsalud Ecuador, 2019). En ese sentido, la participación de los individuos sobre su propia salud es fundamental, ya que gran parte de las decisiones o acciones que tienen el poder de afectar el estado de salud, provienen del contexto personal, familiar y comunitario. Sin embargo, estas decisiones están mediadas por una serie de procesos sociales, culturales, económicos, políticos, e incluso, ambientales que definen las particularidades de los individuos y que inciden directamente en la toma de decisiones. Adicionalmente, estos procesos están estrechamente relacionados con el tipo de información que se recibe por parte de las diversas instituciones que rodean la existencia de un individuo.

Según la OMS, “el logro de una salud mejor exige una participación mucho mayor por parte de la gente, en tanto que individuos, familias y comunidades, para emprender acciones en su propio beneficio adoptando una conducta sana y asegurando un ambiente saludable” (1989,13). De allí que sea fundamental que las personas, familias y comunidades reciban la educación suficiente y oportuna para responder a sus problemas cotidianos y para resolverlos de manera tal que aporten a su calidad de vida y bienestar. En ese sentido, no debe existir un modelo de educación, sino muchos, y deben ajustarse permanentemente según las particularidades de los contextos. Justamente, una de las problemáticas identificadas con más frecuencia en las entrevistas realizadas para esta investigación, fue que a pesar de que las personas afirmaron haber recibido algún tipo de información o programa de educación sobre temas de autocuidado, con frecuencia no son aplicados en la vida cotidiana de las poblaciones por distintos motivos.

Uno de los motivos más relevantes es que en algunas ocasiones, la información proporcionada por las entidades de salud para la promoción y el cuidado de la salud, no están alineados con las características de los contextos. Algunos entrevistados manifiestan que, por ejemplo, en el caso de la información para una adecuada alimentación, a veces los alimentos recomendados son de difícil acceso para la población, por factores económicos y climáticos, entre otros. Por ejemplo, Alberto, líder social, residente de zona urbana, afirma:

“Sí, pues es que la nutrición ahorita con esta pandemia y cómo para salir uno a trabajar y ya persona mayor. Entonces pues se requieren de recursos para poder comer pescado, caviar”.

Pues, según él, en diversas ocasiones las capacitaciones sobre nutrición que ha recibido están diseñadas hacia personas con recursos suficientes para adquirir ciertos alimentos, que para otras personas, como él, son inalcanzables en términos económicos.



Otra de las razones por las cuales la educación para la salud recibida por las comunidades no es aplicada a la vida cotidiana, fue claramente expresada por Amanda , una defensora de los derechos de género, residente de zona rural. Para ella las acciones enfocadas a la educación para la salud que no tienen en cuenta las necesidades de la población, tienen una probabilidad menor de ser aplicadas en los territorios:

“Yo particularmente en el municipio veo que esas acciones que hacen se quedan cortas. No hay una información clara frente a qué se va a hacer y cómo se va a hacer. Yo creo que esos programas deben ir contruidos desde la necesidad de la gente. No contruidos desde el PYP o desde el hospital y que lleguen a la gente porque simplemente se cree que hay que hacer unas actividades” (Amanda)



Una visión similar a la de Amanda fue expresada por Luis , un líder de derechos humanos residente zona rural de Colombia, que relata que la información sobre el cuidado de la salud que recibe su comunidad no está acorde con las necesidades de salud que existen específicamente para su territorio.



“Más que la gente del campo que está expuesta a que lo muerda una serpiente. A muchas cosas. Y eso sería muy importante que la gente supiera. “Ah bueno, lo mordió una culebra” ¿qué hay que hacer inmediatamente? ¿Qué se debe hacer para evitar que de pronto se agrave la persona? Todas esas situaciones me parecen importantes en el tema de salud” (Luis)

En ese sentido, es importante resaltar que son los contextos sociales y culturales los que finalmente tendrán mayor incidencia en la apropiación del conocimiento y de la incorporación de este en las prácticas y dinámicas cotidianas (MSP-Ecuador, 2019). Así, algunos de los entrevistados manifestaron que, pese a que recibían información sobre temas de salud y autocuidado, en muchas ocasiones existían barreras sociales, económicas o culturales que limitaban una aplicación real de esto en su vida diaria y que permitiera una transformación de la realidad social. Algunos de los entrevistados dieron cuenta de esto. Mateo, un habitante de la Guajira, relata que la información que recibe la comunidad por parte de las entidades de salud “no tiene mayor relevancia en la vida diaria” y afirma:

“Por ejemplo, en el tema de la planificación familiar. Hay muchos espacios en los que el hospital habla sobre planificación familiar, pero hay muchas personas que no confían en esto. Entonces hay mucha gente que va pasando de un lado al otro, incluso en diferentes momentos de su vida. Hace que frente a las decisiones que toma diariamente, pueda estar cobijado por esa dualidad (indígena/occidental). De decir, bueno, yo tengo una información de salud que me han dado en el hospital, puede que hoy la acepte y puede que mañana no” (Mateo).



Para Mateo, una parte esencial de la decisión que toman las mujeres frente a la planificación, incluso después de haber recibido información por parte de las entidades de salud, es la interacción con sus círculos cercanos como la familia y la pareja, lo cual tiene una incidencia importante en la decisión final. Lo anterior demuestra que el aprendizaje no es una actividad individual, sino que dependerá en gran medida de la interacción colectiva y de las estructuras de pensamiento previas que tienen las personas antes de recibir determinada información. Por ejemplo, para el caso de las mujeres a las que hace alusión Mateo, los esposos y las familias juegan un rol fundamental en su decisión final de usar métodos anticonceptivos. Por lo anterior, es imprescindible que los modelos de educación que usa la salud pública estén enfocados, no sólo a la persona, sino también a las familias y comunidades, de manera tal que se tengan en cuenta sus particularidades, aprendizajes previos y posibilidades, y cómo estos pueden limitar o favorecer las acciones que mejoren el estado de salud de las poblaciones.

Por otra parte, como ya se ha mencionado, esta investigación tuvo como propósito esencial indagar sobre el concepto de protección social. Justamente, una parte esencial de este es la protección de la salud. Podría decirse que esta última está enmarcada en dos aspectos fundamentales: promoción y prevención. Entendiendo la promoción como todas aquellas acciones destinadas a que las personas tengan un mejor cuidado de su salud; y la prevención como las acciones enfocadas a que la población desarrolle ciertos comportamientos que favorezcan al mantenimiento de su salud.

Según la OMS, para que el proceso que permite a los individuos tomar decisiones en su día a día se haga en beneficio del cuidado de la salud, “la población debe tener los conocimientos y la formación necesarios para ejercer la responsabilidad individual y comunitaria. Por lo tanto, la

atención primaria de salud está estrechamente relacionada con la promoción de la salud y la educación” (1989, 9). En ese sentido, hubo una insistencia frecuente entre los entrevistados en que se incluyan como temas prioritarios de la educación para la salud aspectos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, más que la curación de la misma. Algunos de los entrevistados afirmaron:

“Es promover el cuidado y las prácticas del cuidado en la salud” (Hombre, líder social, residente zona urbana)



“Yo creo que lo que más realmente ha faltado en los territorios es una pedagogía en el tema de salud hacia la población que realmente no tiene conocimiento. Sé que hay muchas cosas que uno puede evitarlas. Eso sería muy importante porque uno aprendería a tratar de cuidarse al máximo en el tema de salud” (Hombre, líder social, residente zona rural)

“Creo que el tema de la promoción en salud hace mucha falta en el territorio. También creo que este tema tiene que ir enganchado a muchas otras cosas que ya hacen parte de ese repertorio de formación en salud que hay disponible, pero que al final no ha calado lo suficiente como para que la gente lo viva en su vida diaria y pueda dar paso a ir apropiando otro tipo de conocimientos” (Mateo)

“A mí me parece que el asunto no debería ser de campaña sino que esa información debería ser permanente. Y que comience a llegar a los hogares” (Amanda).



***“Yo considero que hay que tener una conexión más directa entre los hospitales y centros comunitarios. Porque los centros comunitarios son muy importantes para corroborar información de toda la población que necesita asistencia médica”
(Mujer migrante, residente zona urbana)***



Finalmente, pese a la necesidad de dar mayor enfoque a los contenidos de educación para la salud desde la perspectiva de promoción y prevención, los entrevistados resaltan la necesidad de recibir más información y educación relacionada con el fortalecimiento de los conocimientos sobre derechos y deberes con el Sistema de Salud

“La gente no necesita dinero sino conocimiento, saber cuáles son nuestros derechos para poder nosotros exigir” (Hombre indígena, zona rural).



“Una asesoría en todas estas partes, de cómo se pueden exigir los derechos mediante tutela, cómo se hace una tutela y toda esta parte, para las personas que no tienen conocimiento” (Hombre indígena, zona rural).

CONCLUSIONES

La discusión con los diferentes actores mencionados a lo largo de este análisis, le permitió al Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud acercarse a las perspectivas, experiencias y vivencias de la población de diferentes contextos sociales, no sólo respecto al Sistema de Salud y Protección Social, sino del concepto de salud aplicado propiamente a la vida cotidiana. Como resultado de estos aspectos, se pudieron identificar diversas conclusiones.

En primer lugar partiendo de la diversidad étnica y cultural que se pudo evidenciar en las entrevistas, es importante que esta sea incluida permanentemente en el ejercicio de la salud pública. Esto debe ir conectado con un conocimiento profundo de las necesidades de las comunidades, respecto a temas como: género, economía, discapacidad, acceso a bienes y servicios, entre otros, sobre todo de aquellas que residen en las zonas rurales del país. Este aspecto es sumamente importante al momento de generar incidencia en salud en los contextos sociales, dado que se encontró con frecuencia que en ocasiones las acciones políticas, educativas y sociales que aplica la salud pública en los territorios desconocen estas particularidades.

Por otra parte, es importante mencionar que la atención médica también debería adecuarse a las características sociales y demográficas, dado a que fue recurrente encontrar como barrera de acceso a los servicios de salud, la ubicación geográfica de algunos territorios. Por lo anterior, es imprescindible que la oferta de servicios de salud se adecue a las características geográficas de los territorios, y no que estos tengan que adecuarse a los servicios de salud. En ese sentido, se debe garantizar la asignación de recursos y presupuestos específicos para los territorios, tanto a nivel central como local.



Otra de las conclusiones relevantes que se pueden destacar de la conversación con la sociedad civil, es que cada comunidad posee un sistema de significados propios que condiciona el cuidado de la salud. Es por esto que esta no debe entenderse sólo desde el Sistema de Salud, sino que debería comprenderse de manera más amplia en la interrelación que las comunidades tienen con elementos propios de su cultura. Por ejemplo, elementos como la religión, el lenguaje y las creencias pueden incidir en las prácticas de autocuidado, la relevancia que se le atribuye a ciertas enfermedades, las formas de curar, entre otros. Todos estos elementos constituyen sistemas culturales definidos, que permiten evidenciar la salud como un sistema de significados que dan forma a las diferentes realidades sociales de los diversos contextos.

Justamente, los elementos mencionados permiten concluir algunos aspectos respecto a la configuración del gasto de bolsillo en salud y cómo este puede variar de acuerdo a las características de un contexto social. Así, se pudo evidenciar que en algunas comunidades el gasto de bolsillo está directamente relacionado con las creencias, dado que en muchos casos las personas incurren en gastos para la atención en salud por fuera del Sistema de Salud, pues tienen más confianza en la medicina tradicional y en la curación por medio de chamanes, rezanderos, plantas medicinales, etc. Sin embargo, se encontró que el gasto de bolsillo también está relacionado con la falta de un acceso adecuado a los servicios de salud, una situación que se da por diferentes factores como: las largas distancias que deben recorrer las personas para poder acceder a los centros de salud, la falta de oportunidad para la asignación de citas médicas, la inadecuada infraestructura para la atención, la deficiencia del talento humano en salud que en algunas ocasiones puede estar asociada a aspectos de orden público.

Finalmente, es importante concluir que el acceso a la salud no debe medirse sólo por la oferta de servicios, sino que debe abarcar otros aspectos que fueron mencionados frecuentemente por los entrevistados, como el hecho de que estar saludable no es simplemente la ausencia de enfermedad, también es el desarrollo oportuno de los individuos y comunidades en la esfera de lo económico, político, social y cultural.



Capítulo 1

- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Consultado en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 49. 7 de julio de 1991 (Colombia)
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). Sentencia T-760/08. Consultado en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>.
- Cutler, D., Deaton, A. & Lleras-Muney, A. (2006). “The Determinants of Mortality”. Journal of Economic Perspectives. Vol. (20). 97-120.
- Laverack G. Improving Health Outcomes through Community Empowerment: A Review of the Literature. J Health Popul Nutr 2006 Mar; 24(1):113-120. Available from: <http://www.oup.co.uk/journals/cdj/advance>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Constitución y Estatutos. Edición 48. Consultado en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). ABECÉ Modelo de Atención Integral Territorial – MAITE.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución Número 2626 de 2019. Consultado en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Naciones Unidas. (1948). Resolución 217 (III): Declaración Universal de los Derechos del Hombre. Consultado en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/046/82/PDF/NR004682.pdf?OpenElement>.
- Sánchez, F. & Vega, A. (2014). “Cobertura de Acueducto y Alcantarillado, Calidad del Agua y Mortalidad Infantil en Colombia, 2000-2012”. Documentos CEDE. Vol. (40). 1-50.

Capítulo 2

- Alcántara, A., y Marín, V. (2013). Gobernanza, democracia y ciudadanía: sus implicaciones con la equidad y la cohesión social en América Latina. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 4(10):93-112.
- Collella, G. (2011). Complejidad y Políticas Públicas: Modelo Telaraña. *Revista Académica Electrónica de la UNR*, 1, 981-1002. Recuperado de <https://rehip.unr.edu.ar/xmlui/handle/2133/1804>
- Castell-Florit, P., y Gispert, E. (2012). Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. *Rev Cubana Salud Púb*, 38(5):823-833. Disponible en: <https://n9.cl/hq2sm>
- Graña, F. (2005), “Todos contra el Estado: usos y abusos de la gobernanza”, en *Espacio Abierto*, 14, 4, octubre-diciembre, pp. 501-529.
- Gobierno Nacional 2014-2018. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Recuperado en: <https://n9.cl/wtey>
- Kooiman, J. (2003). Gobernar en gobernanza. En A. Cerrillo (Coord.). *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia: 57-81*. Madrid: INAP.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Comisión intersectorial de salud pública. Recuperado de: <https://n9.cl/cklu>
- OPS/OMS. (2002). *La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Publicación Científica y Técnica No. 589.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Perfil de los Sistemas de Salud Colombia*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf?ua=1
- Peters, G., y Pierre, J. (2005). ¿Por qué ahora el interés por la gobernanza? En A. Cerrillo, (Coord.). *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia: 37-56*. Madrid: INAP.
- Prada, S., Guerrero, R., y Chernichivsky, D. (2014). *La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública*. Colombia: Cuadernos de Fedesarrollo Número cincuenta y tres.
- Pastrana, E., y Gehring, H. (2014). *Suramérica en el escenario global: gobernanza multinivel y birregionalismo*. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales
- Rodríguez, C., Lamonthé, L., Barten, F., & Haggerty, J. (2010). *Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina*. *Revista Salud Pública*, 12 (1), 151-159.
- Robles, L. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 8 (17). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-702720090002000

Capítulo 3

- Acosta, O., & Giedion. U. (2011). Sistema de salud y democracia. Naciones Unidad y Cepal. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/37882>
- Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., y Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2817-2828. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/20.pdf>
- Alvarez, R., Gonzalez, A., y Fernandez, S. (2019), “The Competitive Impact of Branded Generic Medicine in a Developing Country”. Working Papers wp485. Universidad de Chile, Departamento de Economía. Recuperado de <https://ideas.repec.org/p/udc/wpaper/wp485.html>
- Amaya, J., Beltrán, A., Chavarro, D., Romero, G., Matallana, M., Puerto, S., Ruiz, F. y Vásquez, M. (2013). Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Informe Final. Centex & Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>
- Anand S., y Bärnighausen T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*. 5, 364, 1603-9. Recuperado de https://mercosur.observatoriorh.org/sites/mercosur.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2018/5_oficina_espec/anand%26barnighausen_human_resources.pdf
- Bardey. D. (2014). Competencia en el sector de la salud: énfasis en el caso colombiano. SSRN Electronic Journal. Recuperado de <https://doi.org/10.2139/ssrn.1657-7191>
- Bernal, B., Gaviria, A., Nupia, O., Camacho, A., Florez, C., Jaramillo, C., Peña, X., Rodriguez, C., Sanchez, F., y Urrutia, M. (2014). Desarrollo económico: retos y políticas públicas. Recuperado de https://economia.uniandes.edu.co/components/com_booklibrary/ebooks/dcede2009-01.pdf
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2017). Sistema de salud y género: Australia. Departamento de estudios, extensión y publicaciones. Recuperado de https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28002/1/BCN_Sistemas_de_salud__genero_Australia_FINAL.pdf
- Bicchieri, C. (2017). Norms in the Wild How to Diagnose, Measure, And Change Social Norms. Universidad de Oxford. Recuperado de https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=7PuSDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PPI&dq=NORMS+IN+THE+WILD:+How+to+diagnose,+measure,+and+change+social+norms&ots=e7OL7dujXe&sig=7Mf22kxu8i2JB9VRx_7V-BQ46xyA#v=onepage&q=NORMS%20IN%20THE%20WILD%3A%20How%20to%20diagnose%2C%20measure%2C%20and%20change%20social%20norms&f=false

- CEPAL. (2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/presentaciones/salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda-desarrollo>
- CEPAL. (2020). Estadísticas e Indicadores Sociales. Recuperado de http://interwp.cepal.org/sisgen/Sisgen_MuestraFicha_puntual.asp?indicador=177&id_estudio=4&id_aplicacion=1&idioma=e#:~:text=Partos%20atendidos%20por%20personal%20de,cuidados%20y%20asistencia%20al%20reci%C3%A9n
- Collella, G. (2011). Complejidad y Políticas Públicas: Modelo Telaraña. Revista Académica Electrónica de la UNR, 1, 981-1002. Recuperado de <https://rephip.unr.edu.ar/xmlui/handle/2133/1804>
- Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1955 de 2019. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1797 de 2016. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2015). Ley 1753 de 2015. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2015). Ley 1751 de 2015. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1164 de 2007. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Documento CONPES 3976. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3976.pdf>
- Faguet, J., y Sánchez, F. (2009). Decentralization and Access to Social Services in Colombia. SSRN Electronic Journal. Recuperado de <https://doi.org/10.2139/ssrn.1485839>
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p. Recuperado de <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2724>
- Gómez, O., y Khoshnood, B. (1991). La evolución de la salud internacional en el siglo XX. Salud Pública de México, 33(4), 314-329. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10633403>
- Martínez, A. (2015). La Comisión de Regulación en Salud: crónica de un final anunciado. Rev. salud pública, 17 (4): 626-635.

- Merlano, C. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. Rev. Gerencia. Polit. Salud. 12, (24), 74-86. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100005
- Montecinos, E. (2005). Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática. Revista Eure, 31, (939), 73-88. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/eure/v31n93/art05.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución 628 de 2020. Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Decreto 521 de 2020. Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. ([En línea] 2020). Cifras de aseguramiento en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Recuperado de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Cifras de aseguramiento en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA. (2020). Triage poblacional subregiones y municipios PDET. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Fuentes de financiación y usos de los recursos del sistema general de seguridad social en salud. Dirección de Financiamiento Sectorial
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia Estudio piloto 2015. Estudios Sectoriales. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Atlas-variaciones-geograficas-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 1395 de 2015. Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Decreto 860 de 2008. Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Decreto 2006 de 2008. Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1996). Decreto 2240 de 1996. Bogotá D.C. Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1996). Resolución 4445. Bogotá D.C. Ministerio de Salud y Protección Social.

- OECD y Banco Mundial. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es
- Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y OECD. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1>
- OCDE. (2014). España: de la reforma de la administración a la mejora continua. Madrid, España. Recuperado de: https://read.oecd-ilibrary.org/governance/espana-de-la-reforma-de-la-administracion-a-la-mejora-continua_9789264234192-es#page6
- Ortiz, L., Cubides, J., y Restrepo, D. (2012). Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. Políticas en salud, 4, 63-68. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>
- Pérez, G., y Silva, S. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Banco de la República. Recuperado de https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_218.pd
- Pegasus Health. (2014). El sistema de salud de Nueva Zelanda. Recuperado de <https://www.pegasus.health.nz/wp-content/uploads/2018/03/NZ-Health-System-booklet-Spanish.pdf>
- Qingyue, M., Hongwei Y., Wen, C., Qiang, S., y Xiaoyun, L. (2015). People's Republic of China Health System Review. 5 (7). Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. Recuperado de http://www.searo.who.int/entity/asia_pacific_observatory/publications/hits/hits_chn_0_executive_summary.pdf?ua=1
- Resende, S. (2008). Promoción de la salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. Salud Colectiva, 4(3), 335-347. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=731/73140306>
- Riascos, A., Romero, M., y Serna, N. (2013). Risk Adjustment Revisited using Machine Learning Techniques. Recuperado de https://www.alvaroriascos.com/researchDocuments/submission-83520-669695-field_submission_abstract_file2.pdf
- Robles, L. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud, 8 (17). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200001
- Rodríguez, C., Lamonthe, L., Barten, F., & Haggerty, J. (2010). Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. Revista Salud Pública, 12 (1), 151-159
- Soler, V., y Vasallo, M. (2007). Sistema nacional de salud español, características y análisis. Revista Enfermería Global. 10. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/39344149_Sistema_nacional_de_salud_espanol_caracteristicas_y_analisis

- Superintendencia de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social ([En línea] 2020). Informe de pagos EPS a proveedores. Recuperado de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMDM-2MmQ2NTYtNjEzZi00NzUjLTkxMmMtN2NmMzdlMjRlMzYzliwidCI6IjE3YzQwYzUxLWlxZGYtN-GUyNS04Y2Q2LTlkMGQyNjc4ODMwMCIsmMiOjR9>
- Universidad de los Andes. ([En línea] 2020). Observatorio Municipal. Recuperado de <https://datoscede.uniandes.edu.co/es/datos-municipales/observatorio-municipal>
- Terlizzi, A. (2018). Health system decentralization and recentralization in Italy: Ideas, discourse, and institutions. *Soc Policy Admin*, 1 (15). doi: <https://doi.org/10.1111/spol.12458>
- The Commonwealth Fund. ([En línea] 2020). What are the major strategies to ensure quality of care? Recuperado de <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-features/what-are-major-strategies-ensure-quality-care>
- Tovar, L., y García G. (2006). El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. *Lecturas de Economía*, (65), 177-207. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1552/155213357006.pdf>
- Weinehall, L., Hellsten, G., Boman, K., Hallmans, G., Asplund K., y Wall, S. (2001). Can a sustainable community intervention reduce the health gap?--10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health Suppl*, 56, 59-68. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11681565/>
- World Bank Group. (2019). Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia. Washington DC. Recuperado de <http://documents1.worldbank.org/curated/en/839691574313662839/pdf/Executive-Summary.pdf>
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2015) . Republic of Korea health system review. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208215>

Capítulo 4

- Babak, G.-D. O. (julio - agosto de 1991). la evolución de la salud internacional en el siglo xx. Salud pública de México, 33(4), 314 - 329. Recuperado el 15 de 10 de 2020, de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5409/5682>
- Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud. (2020). Indicadores: Enfermedades Transmisibles. bogotá. Recuperado el 30 de 09 de 2020, de <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-transmisibles>
- Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud. (2020). Índice Nacional de Salud 2020.
- CEPAL. (2020). Estadísticas e Indicadores Sociales. (ONU) Recuperado el 15 de 09 de 2020, de CEPALSTAT: http://interwp.cepal.org/sisgen/Sisgen_MuestraFicha_puntual.asp?indicador=177&id_estudio=4&id_aplicacion=1&idioma=e#:~:text=Partos%20atendidos%20por%20personal%20de,cuidados%20y%20asistencia%20al%20reci%C3%A9n
- Congreso de la República de Colombia. (07 de 01 de 2007). LEY 1122 DE 2007. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007. Bogotá , Colombia. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Correa, O. T. (2015). El Autocuidado Una Habilidad para Vivir.
- Esteban, R. (2016). En Los nuevos enfermos_ ventajas y desventajas de la medicina preventiva. Barcelona, España.
- FLACSO. (2015). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. (F. L. Sociales., Ed.)
- Instituto Nacional de Salud. (2020). Lineamientos Nacionales 2020. Recuperado el 01 de 10 de 2020, de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx>
- Martínez Cía, N. ,. (10 de 2018). Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. Rev. Gaceta Sanitaria, 32((SI)), 17 - 21. doi:DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.06.004
- MINAGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL. (28 de 05 de 2017). Decreto 893 de 2017. Recuperado el 15 de 12 de 2019, de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20893%20DEL%2028%20DE%20MAYO%20DE%202017.pdf>
- MINSALUD. ([En línea] 2020). Comisión Intersectorial de salud pública. Recuperado el [Citado el: 03 de 11 de 2020.], de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/comision-intersectorial-de-salud-publica.aspx>. Minsalud. (2020). Cifras de aseguramiento en salud. Recuperado el 01 de 11 de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

- Minsalud. (2020). Triage Poblacional_ Subregiones y municipios PDET. Colombia, 2020.
- Minsalud, UNFPA. (2020). Triage poblacional_ subregiones y municipios PDET. Bogotá. Recuperado el 15 de 09 de 2020
- Minsalud. (2016). Orientaciones para la Intersectorialidad. Bogotá : [aut. libro] Ministerio de Salud y Protección Social.
- MSPS. (2018). Borrador Plan Nacional de Salud Rural. Bogotá, Colombia. Recuperado el 05 de 12 de 2019, de file:///C:/Users/Asi%20Vamos%203/Desktop/Mesa%20salud%20Rural/mmps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf
- MSPS. (2018). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>
- OCAMPO, J. A. (Octubre de 2014). Misión para la transformación del campo. 46p. Recuperado el 10 de 12 de 2019, de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/DOCUMENTO%20MARCO-MISION.pdf>
- OMS. (1986). Carta de Ottawa.
- OMS. (2018). Declaración de Astaná. Recuperado el 25 de 09 de 2020, de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- OPS / OMS. (2017). Barreras en el acceso a los servicios e inequidades en la cobertura. Recuperado el 15 de 12 de 2019, de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es
- OPS. (2008). Sistema de salud basados en la APS. Recuperado el 05 de 10 de 2020, de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- OPS. (2012). Declaracion De Alma-Ata. URSS. Recuperado el 30 de 09 de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Resende., S. (2008). Promoción de la salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. 4, p 335 -347.
- Vargas-Lorenzo Ingrid, V.-N. M.-P. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública. , 12((5)), 701 - 712.
- Weinehall L, e. a. (2001). Can a sustainable community intervention reduce the health gap?-- 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health Suppl., 56, 59-68. Recuperado el 10 de 11 de 2020, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11681565/>
- World Bank Grop. (2019). Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia. Washington DC. Recuperado el 28 de 09 de 2020, de <http://documents1.worldbank.org/curated/en/839691574313662839/pdf/Executive-Summary.pdf>

Capítulo 5

- Alloatti, M. (2014). Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales. Memoria Académica. Disponible en: <https://n9.cl/nv6k>
- Aday L. & Andersen, A. (1974). Framework for the study of access to medical care. *Health Ser.* 9 (3), 208-20.
- Jiménez, A., y López, D. (2015). Caracterización del Gasto de Bolsillo en medicamentos en Colombia a partir de La Encuesta Nacional De Hogares 2010. [Tesis de Grado, Universidad de Ciencias y Aplicadas y Ambientales]. <https://n9.cl/k79z4>
- Manchola, et al. (2017). El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva* 22(7). <https://n9.cl/rebm>
- Melguizo, E., y Alzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería.* 26(1), 112-123. <https://n9.cl/j5ytk>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Educación y comunicación para la promoción de la salud. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización. <http://salud.gob.ec>
- OMS. (1989). Educación para la salud Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38660>
- OMS. (2002). Informe mundial sobre violencia y salud. <https://bit.ly/3aJOOCT>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.* 35(1):227-232. <https://n9.cl/5r8d>
- Pérez, G., y Silva, A. (2015). Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de República. Centros de Estudios Económicos Regionales (CEER). <https://n9.cl/eiqzn>
- Pineda, F. (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Monitor estratégico.* (6). <https://n9.cl/9qiuy>
- UNICEF. (2012). Integrated Social Protection Systems Enhancing equity for children. <https://n9.cl/20qng>
- Vásquez et al. (2000). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. . *Gaceta Sanitaria.* 16 (1), 30-38. <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v16n1/original3.pdf>

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 1

Ecosistema del Sistema de Salud	16
---------------------------------	----

Capítulo 2

Esquema de Articulación entre los niveles de Gobierno para la gestión territorial	52
---	----

Capítulo 3

Protección Social. CEPAL, 2011, Adaptación AVS, 2021	64
Recursos de la oferta, Elaboración propia	65
Estrategia de simplificación de SGSSS	69
Acciones para diversificar las fuentes de financiamiento	70
Flujo de desarrollo de políticas en Salud	70
Relación de infraestructura en salud y ruralidad en Colombia	71
Densidad de camas hospitalarias por departamento	72
Número de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes, último año disponible (varía dependiendo del país)	73
Unidades de mamografía por millón de mujeres entre 50 - 69 años	74
Tomógrafos computarizados por millón de habitantes	74
Unidades de resonancia magnética por millón de habitantes	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 3

Unidades de radioterapia por millón de habitantes	75
Densidad estimada en Colombia de profesionales de medicina y enfermería por 10.000 habitantes	80
Relación entre profesionales en salud y PIB per cápita	81
Promedio de profesionales en salud per cápita por cuartil del índice de ruralidad	81

Capítulo 4

Acumulado de casos y fallecidos por estrato	104
Dispersión entre ruralidad y mortalidad materna	105
Dispersión entre cobertura de control prenatal (CPN) y mortalidad materna	106
Correlación entre cobertura de alcantarillado y mortalidad por EDA en menores de 5 años	107
Acceso a servicio básico de agua potable - Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en área urbana y rural 2019	108

Fotografías

Luz Stella Jaime C
Frank Meriño
Alba Anguela
Ákos Helgert

De I.D. R.J. from Medellín, Colombia - BOGOTÁ
- COLOMBIA, CC BY-SA 2.0, [https://commons.
wikimedia.org/w/index.php?curid=16709833](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=16709833)



**Así Vamos
en Salud®**

www.asivamosensalud.org