



# Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios prioritarios Colombia 2022

Asociación Colombiana de Salud Pública  
Organización Panamericana de la Salud (OPS)



# OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OPSTIA REGIONAL PARA LAS Américas





# Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios prioritarios Colombia 2022

Asociación Colombiana de Salud Pública  
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Colombia, 2023



© Erwin Hernando Hernández Rincón, Juan Eduardo Guerrero Espinel,  
Julián Vargas Jaramillo, Rafael de Jesús Tuesca Molina, Rafael Nicolás Valencia Torres  
© Asociación Colombiana de Salud Pública  
© Organización Panamericana de la Salud (OPS)  
ISBN E-book: XXXXXXX

Primera edición: XXXXXXX  
Imagen de cubierta: XXXXXXX  
Coordinación editorial: Diana Patricia Carmona Hernández  
Corrección de texto: Diana Patricia Carmona Hernández  
Diagramación y diseño: Luisa Fernanda Bernal Bernal

Asociación Colombiana de Salud Pública  
Carrera 21 No. 35-53  
Bogotá D. C., Colombia, Suramérica  
Teléfono: 302 661 22 69  
Correo electrónico: info@saludpublicacolombia.org

Organización Panamericana de la Salud (OPS)  
Calle 66 No. 11 - 50  
Bogotá D. C., Colombia, Suramérica  
Teléfono: 601 314 41 41  
Correo electrónico: correscol@paho.org

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Asociación Colombiana de Salud Pública o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre que dé el crédito apropiado al autor o autores originales y la fuente proporcione un enlace a la licencia Creative Commons e indique si se realizaron cambios.

---

### **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia**

*Dra. Carolina Corcho Mejía*, Ministra de Salud y Protección Social  
*Dr. Jaime Hernán Urrego Rodríguez*, Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios  
*Dr. Luis Alberto Martínez Saldarriaga*, Viceministro de Protección Social

### **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**

*Dra. Gina Tambini*, Representante de la OPS/OMS en Colombia  
*Mónica Padilla*, Asesora de Sistemas y Servicios de Salud

### **Asociación Colombiana de Salud Pública**

*Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel*, Presidente  
*Elkin Sánchez Montenegro*, Vicepresidente  
*Sandra Maritza Gordillo H.*, Secretaria General  
*William Alberto Robles Fonnegra*, Tesorero

# Índice

---

Figuras	viii
Cuadros	xi
Autores	xii
Reconocimientos	xiv
Participantes en grupos focales	xv
Equipo de trabajo	xviii
Presentación	xix
Objetivo general	xxi
Objetivos específicos	xxi
Metodología	xxiii

## Resultados

### **Objetivo 1:** Autoridad sanitaria en el marco de una nueva gobernanza e institucionalidad

*Dr. Julián Vargas Jaramillo*

Introducción	3
Análisis de la situación. Problemas y desafíos	15
Oportunidades	24
Decálogo de acciones requeridas para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria	26
Propuesta	30
Bibliografía	42

## **Objetivo 2:** Capacidad resolutive, Atención Primaria en Salud y tecnologías de la información y la comunicación

*Dr. Erwin Hernando Hernández Rincón*

*Dr. Rafael de Jesús Tuesca Molina*

Análisis de la situación	47
Propuesta	65
Plan operativo	68
Bibliografía	90

## **Objetivo 3:** Equipos interdisciplinarios. Estrategia innovadora de capacitación y educación

*Dr. Rafael de Jesús Tuesca Molina*

*Dr. Erwin Hernando Hernández Rincón*

Introducción	94
Análisis de la situación	98
Experiencia de la APS en Colombia (sinopsis)	99
Puntos críticos que requieren ser valorados para generar una propuesta	102
Propuesta formativa	118
Propuesta de desarrollos complementarios	126
Bibliografía	131

## **Objetivo 4:** Costo del talento humano. Servicios incluidos en la Rutas Integrales de Atención en Salud (Resolución No. 3280 de 2018)

*Dr. Rafael Nicolas Valencia Torres*

Introducción	135
Costo de la intervención	136
Viabilidad de la propuesta	138
Disponibilidad del talento humano en los territorios	139
Mecanismos propuestos para la constitución de los equipos de trabajo	140
Consideraciones para adoptar la estructura de costos incluyendo los gastos	144

## Objetivo 5: Alianza académica en el marco de la responsabilidad social

*Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel*

Introducción	146
El rol de las universidades a nivel internacional y nacional en el contexto de la responsabilidad social	148
El rol de las universidades dentro del plan de gobierno del Pacto Histórico	162
Ruta para consolidar la alianza académica nacional para la gestión descentralizada	168
Bibliografía	181

## Apéndices

Apéndice 1: Preguntas orientadoras	185
Apéndice 2: Nota técnica Objetivo 4	188
Apéndice 3: Fuentes de información	199

# Figuras

---

Figura 1. Las dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria	5
Figura 2. Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública en el abordaje integrado de la salud pública	6
Figura 3. Línea de tiempo PDSP 2022-2031	11
Figura 4. Procesos estratégicos de las Direcciones Territoriales de Salud	13
Figura 5. Procesos misionales de las Direcciones Territoriales de Salud	14
Figura 6. Procesos de apoyo de las Direcciones Territoriales de Salud	15
Figura 7. Dimensiones de la autoridad sanitaria	17
Figura 8. Fortalecimiento de las dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria	25
Figura 9. Decálogo de acciones requeridas para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria	26
Figura 10. Modelos regionalizados de gestión de la SP en el fortalecimiento de la gobernanza en departamentos vulnerables de Colombia	32
Figura 11. Acciones por niveles de atención	52
Figura 12. Representación gráfica de los atributos esenciales de las RISS	56
Figura 13. Servicios de APS que ofrece el territorio (n=59)	59
Figura 14. Características para implementar la Atención Primaria 1 (n=59)	60
Figura 15. Características para implementar la Atención Primaria 2 (n=59)	61

Figura 16. Recomendaciones para mejorar la capacidad resolutive de la APS	67
Figura 17. Modelos e innovaciones tecnológicas y competencias para garantizar el crecimiento progresivo de la capacidad resolutive	68
Figura 18. Modelo basado en equipos interdisciplinarios de salud y acuerdos para su viabilidad	104
Figura 19. Dominios sustantivos en competencias esenciales de recursos humanos	104
Figura 20. Competencias del THS para implementar acciones de APS	106
Figura 21. Cargo en el territorio (n=59)	109
Figura 22. Servicios de APS que ofrece el territorio (n=59)	110
Figura 23. Necesidades de formación en Atención Primaria 1 (n=59)	111
Figura 24. Necesidades de formación en Atención Primaria 2 (n=59)	111
Figura 25. Necesidades de formación en Atención Primaria 3 (n=59)	112
Figura 26. Formación que ofrece el territorio	112
Figura 27. Necesidades de formación del talento humano	113
Figura 28. Características para implementar la Atención Primaria 1 (n=59)	114
Figura 29. Características para implementar la Atención Primaria 2 (n=59)	114
Figura 30. Propuesta formativa para los equipos de salud	117
Figura 31. Ruta del cambio de los procesos formativos. Experiencia Brasil	117
Figura 32. Plan de acción de la propuesta formativa de equipos de salud	117
Figura 33. Propuesta innovadora para la formación a escala del talento humano en salud y de equipos multidisciplinarios	118
Figura 34. Propuesta estrategia formación a escala de talento humano	119
Figura 35. Categorías laborales a ser trabajadas en el contexto de la transformación del modelo de atención	120
Figura 36. Rol docente para un Aula-Mente-Creativa	127

Figura 37. Propuesta formativa Aula-Mente-Creativa	127
Figura 38. Estructura del modelo de aseguramiento colombiano	136
Figura 39. Resumen de la Nota Técnica para servicios de la Resolución No. 3280 de 2018	137
Figura 40. Población de los cinco municipios (DANE 2022) y talento humano para atenderlos según servicios de la Resolución No. 3280 de 2018	138
Figura 41. Personas asignadas por perfil del talento humano en los cinco municipios según servicios a prestar de la Resolución No. 3280 de 2018	141
Figura 42. Servicios adicionales en los cinco municipios según la Resolución No. 3280 de 2018	142
Figura 43. Mecanismos para la constitución de los equipos de trabajo	143
Figura 44. Propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud	144
Figura 45. Características principales de la Responsabilidad Social Universitaria	149
Figura 46. Ruta del cambio estratégico	166
Figura 47. Territorio-escuela	168
Figura 48. ¿Qué significa hacer una APS integral?	169
Figura 49. Elementos para trascender las formas instituidas en APS	169
Figuras 50a y 50b. Índice de trasmisión e índice de severidad municipal para Covid-19 por terciles	171
Figura 51. Mapa de pobreza en Colombia	172
Figura 52. Presencia del SENA en el territorio colombiano	173
Figura 53. Ruta para consolidar la alianza académica de la salud pública en Colombia	178

# Cuadros

---

Cuadro 1. Competencias de los elementos operativos de la Atención Primaria en Salud	107
Cuadro 2. Mapa conceptual del sistema de autoevaluación y gestión de la RSU (AUSJAL)	155
Cuadro 3. Dimensiones, variables e indicadores de sistema de autoevaluación y gestión de la RSU-AUSJAL	156
Cuadro 4. Instituciones de educación superior en los departamentos de Colombia	174

# Autores

---

## **ERWIN HERNANDO HERNÁNDEZ RINCÓN**

Médico, Universidad de La Sabana. Máster en Gobierno y Dirección del Sistema Sanitario, Universitat Oberta de Catalunya. Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria, Universidad Miguel Hernández. Doctor en Investigación Clínica, Universidad Miguel Hernández. Docente Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Miembro del grupo de investigación Medicina Familiar y Salud de la Población, Universidad de La Sabana. Miembro de la Asociación Colombiana de Salud Pública, la Organización Internacional de Telemedicina y Telesalud y el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Colombia. Correo electrónico: [erwinhr@unisabana.edu.co](mailto:erwinhr@unisabana.edu.co)

## **JUAN EDUARDO GUERRERO ESPINEL**

Médico cirujano, Universidad del Valle. Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Especialista en Sistemas y Servicios de Salud, Fundación Getulio Vargas (Rio de Janeiro, Brasil). Docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Presidente de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Salud Pública. Coordinador de la Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública. Miembro de la Mesa Antioquia por la Transformación del Sector Salud. Miembro fundador del grupo del Voluntariado de Atención Primaria de la Salud-Alianza Académica. Ex funcionario de la OPS/OMS. Correo electrónico: [guerrero.espinel@gmail.com](mailto:guerrero.espinel@gmail.com)

## **JULIÁN VARGAS JARAMILLO**

Médico cirujano, Universidad Pontificia Bolivariana. Especialista en Gerencia de la Salud Pública, CES-EAFIT. Especialista en Gerencia de la Calidad y

Auditoría en Salud. Magíster en Educación Superior en Salud, Universidad de Antioquia. Docente de cátedra Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Miembro de la Mesa Antioquia por la Transformación del Sistema de Salud y de la Asociación Colombiana de Salud Pública. Correo electrónico: julian.vargas1@udea.edu.co

### **RAFAEL DE JESÚS TUESCA MOLINA**

Médico cirujano, Universidad del Norte (Barranquilla-Colombia). Magíster en Epidemiología y Salud Pública, Universidad Complutense de Madrid (España). Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid (España). Doctor en Estudios Históricos y Sociales sobre Ciencia, Medicina y Comunicación Científica, Universidad de Valencia (España). Profesor asociado de la División de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. Coordinador Académico del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS Colombia Nodo Norte. Miembro del Grupo de Investigación Proyecto UNI Barranquilla, Universidad del Norte. Miembro de ALASAG (Alianza Latinoamericana de Salud Global), REDSACSIC (Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural) y Grupo de Investigación ScienceFlows, Universidad de Valencia (España). Correo electrónico: rtuesca@uninorte.edu.co

### **RAFAEL NICOLÁS VALENCIA TORRES**

Médico cirujano, Universidad Libre. Magíster en Saneamiento y Desarrollo Ambiental, Universidad Javeriana. Magíster en Epidemiología, Universidad del Norte. Dirección de Epidemiología e Investigación, Caminos IPS. SAS. Miembro de la Asociación Colombiana de Epidemiología. Correo electrónico: rafael.valencia@caminosips.com

# Reconocimientos

---

Este trabajo no habría sido posible sin el compromiso, apoyo y gestión de la Asociación Colombiana de Salud Pública de Colombia y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se reconoce la contribución de cada uno de los expertos temáticos y de los integrantes del Grupo de Atención Primaria de Salud – Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública.

Fue muy valiosa la participación y los aportes de los representantes de las organizaciones sociales, las instituciones educativas, el SENA, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las autoridades sanitarias del nivel municipal y departamental en los grupos focales que se desarrollaron para cada uno de los objetivos del proyecto.

Se agradece también a las personas que realizaron la lectura de los documentos y dieron sus sugerencias para los productos finales.

Un aporte para este trabajo también lo constituyen las intervenciones de las personas del ámbito internacional y nacional que participaron en los conversatorios de salud pública organizados, desde el inicio de la pandemia, por el Grupo de Atención Primaria de Salud.

Se agradece a los representantes de la Dirección de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social y de los viceministros de Protección Social y de Salud Pública y Prestación de Servicios por sus aportes durante las presentaciones del proyecto.

## Participantes en grupos focales

---

<b>Nombre del participante</b>	<b>Institución</b>
Ana Cecilia Ortiz Zapata	Universidad Católica de Oriente
Ángela Giovanna Caicedo Muñoz	Universidad María Cano
Carolina Piragauta	Universidad Libre de Cali
Claudia Patricia Jaramillo Ángel	Universidad de Caldas
Consuelo Vélez Álvarez	Universidad de Caldas / Universidad Autónoma de Manizales
Daniel Cardona	Universidad Católica de Oriente
Diana Borja	Universidad Católica de Oriente
Diana Paola Betancurt Loaiza	Universidad de Caldas
Diego Rojas	Universidad San Buenaventura (Cartagena)
Edwin Rolando González	Facultad Nacional de Salud Pública
Elkin Sánchez Montenegro	Universidad de la Salle
Erwin Hernando Hernández Rincón	Universidad de La Sabana
Eugenia Nieto Murillo	Universidad Autónoma de Manizales
Federico Betancur	Universidad Católica de Oriente
Gloria Esther Villarreal Amaris	Universidad de Sucre
Iníldida Ballestas	Corporación Desarrollo Solidario
Isabel Cristina Marín Agudelo	Universidad Católica de Oriente
Yeison Adolfo Campos García	OPS/OMS

<b>Nombre del participante</b>	<b>Institución</b>
Juan Eduardo Guerrero Espinel	Asociación Colombiana de Salud Pública
Juan Fernando García Cano	OPS/OMS
Julián Vargas Jaramillo	Universidad de Antioquia
Laura Sofía Valencia Martínez	Universidad Católica de Oriente
Leidy Lisbeth Moreno Meza	Secretaría de Salud de Manizales
Lídice Álvarez	Universidad de Magdalena
Lina Marcela Giraldo	Universidad Autónoma de Manizales
Luis Eliseo Velásquez Londoño	Universidad de Antioquia
Luisa Fernanda Guerrero	Universidad Católica de Oriente
María del Carmen Vergara Quintero	Universidad Autónoma de Manizales
María del Pilar Cerezo Correa	Universidad Autónoma de Manizales
María Virginia Pinzón	Universidad del Cauca
Mariana Álvarez Orozco	Universidad Católica de Oriente
Mario Ernesto Correa	Clínica de Nuestra Señora de los Remedios
Marlivi Salazar	Universidad Autónoma de Manizales
Martha Isabel Cuaran	Ministerio de Salud y Protección Social
Mónica Uribe	Universidad Nacional de Colombia (Medellín)
Nelson Armando Agudelo	Universidad de Antioquia
Nora Luz Salazar	SENA
Olga Lucía Cifuentes Aguirre	Universidad Autónoma de Manizales
Piedad Serpa	Universidad de Santander
Rafael de Jesús Tuesca Molina	Universidad del Norte

<b>Nombre del participante</b>	<b>Institución</b>
Rafael Nicolás Valencia Torres	Caminos IPS SAS.
Sandra Maritza Gordillo	Secretaria general de la ACSP
Victoria Salazar Gil	Universidad Autónoma de Manizales

# Equipo de trabajo

---

## Coordinación técnica

*Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel.*

*Dra. Mónica Padilla.*

## Secretaría técnica

*Dra. María del Pilar Cerezo Correa.*

*Dra. Olga Lucía Cifuentes Aguirre.*

## Expertos temáticos

*Dr. Erwin Hernando Hernández Rincón.*

*Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel.*

*Dr. Julián Vargas Jaramillo.*

*Dr. Rafael de Jesús Tiesca Molina.*

*Dr. Rafael Nicolás Valencia Torres.*

## Grupo Atención Primaria en Salud-Alianza Académica Nacional

*Dra. Ana Cecilia Ortiz Zapata.*

*Dra. Gloria Esther Villarreal Amaris.*

*Dr. José Alfonso Hernández Sánchez.*

*Dr. Rafael de Jesús Tiesca Molina.*

*Dra. María del Pilar Cerezo Correa.*

## Estudiantes programas de posgrado

*Dra. Lina Marcela Giraldo Rincón.*

*Dra. Marlivi Salazar Barrero.*

## Asistencia administrativa

*Dra. Carolina Martínez Villamil.*

## Profesionales OPS

*Dr. Juan Fernando García Cano.*

*Dr. Yeison Adolfo Campos García.*

# Presentación

---

En coherencia con los planes del Gobierno nacional, la Asociación Colombiana de Salud Pública, con apoyo de la Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública y su grupo especializado en Atención Primaria de la Salud, por solicitud y en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Colombia desarrollan una propuesta que contribuye al mejoramiento de la salud de la población colombiana en los departamentos con mayores desigualdades de acceso a los servicios de salud.

La transición democrática que vive Colombia es una oportunidad para presentar iniciativas de este tipo que permitan reforzar y transformar las condiciones de acceso a servicios de salud y el desarrollo de programas integrales e integrados de salud pública en los departamentos prioritarios y con mayores desigualdades, tales como Nariño, Amazonas, Vichada y Caquetá. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en acuerdo con las autoridades nacionales y territoriales, establecerá los criterios para seleccionar los departamentos e implementar la propuesta según factibilidad y viabilidad técnica financiera.

Este libro busca contribuir con elementos analíticos y propuestas prácticas y se orienta a: fortalecer la autoridad sanitaria y la gobernanza de la salud pública; mejorar la capacidad resolutive del sistema en relación a los determinantes sociales, la prevención, el cuidado y la atención primaria de los problemas y necesidades de la salud; seleccionar y capacitar a los equipos interdisciplinarios de salud garantizando su contratación y estabilidad laboral y generando una red de universidades e institutos tecnológicos dispuestos y con capacidad de dar soporte a la transformación del sistema de salud en los territorios más vulnerables de Colombia.

Cada uno de los capítulos de este libro desarrolla una serie de pasos a seguir para lograr un cambio a escala que acelere intervenciones participativas con el propósito de cerrar la brecha de acceso a los servicios de salud y brindar soluciones a necesidades y problemas estructurales que condicionan los modos de producción y de vida en cada territorio. Para dar viabilidad al desarrollo e implementación del nuevo modelo de salud en Colombia, se hace necesaria una propuesta de soporte técnico financiero.

Este contenido se pone a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social con la expectativa de que pueda integrarse en sus consideraciones para enfrentar el desafío de la reforma de la salud propuesta y como base para establecer una relación sinérgica que viabilice el alcance de las grandes metas de acceso universal a la salud para la población colombiana.

# Objetivo general

---

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de acceso a los servicios de salud y transformar en forma progresiva las condiciones y calidad de vida de los residentes en los departamentos vulnerables de Colombia.

## Objetivos específicos

---

1. Presentar una propuesta para reforzar la autoridad sanitaria y elevar las competencias en gestión de la salud pública con el fin de dar cumplimiento a las metas fijadas en los planes de desarrollo territorial, coherentes con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y ajustadas al Plan Nacional de Desarrollo.
2. Preparar una propuesta para mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria en Salud (APS) y las tecnologías de información y comunicación de los territorios vulnerables mediante un modelo indicativo para un plan de inversión orientado a mejorar el acceso y la calidad en servicios de salud familiar y comunitaria.
3. Formular una estrategia innovadora de capacitación de equipos multiprofesionales en salud, ligados a la transformación del modelo de salud en los territorios, que incluya profesionales, técnicos y gestores comunitarios con capacidad resolutive para las necesidades de individuos, familias y comunidades, y que tenga en cuenta la hoja de ruta de trabajo con comunidades indígenas, afrodescendientes, ROM, con palenqueras y personas desplazadas-migrantes.

4. Elaborar una propuesta de planificación y contratación progresiva de los profesionales, técnicos y agentes comunitarios que garantice su vinculación y el apoyo logístico requerido.
5. Presentar una propuesta de alianza con universidades del país para favorecer la gestión de la salud pública y administrativa en las regiones Caribe, Pacífica, Amazónica, Orinoquía y Andina.

# Metodología

---

Este proyecto responde a la presentación de una propuesta desde la Asociación Colombiana de Salud Pública para la gestión descentralizada de salud pública en territorios prioritarios de Colombia.

Para el desarrollo del proyecto se utilizó una metodología multimétodo bajo la dirección de un profesional de reconocida experiencia para cada uno de los cinco objetivos propuestos. Los profesionales se presentan a continuación:

Objetivo 1	Dr. Julián Vargas Jaramillo
------------	-----------------------------

Objetivo 2	Dr. Erwin Hernando Hernández Rincón
------------	-------------------------------------

Objetivo 3	Dr. Rafael de Jesús Tuesca Molina
------------	-----------------------------------

Objetivo 4	Dr. Rafael Nicolás Valencia Torres
------------	------------------------------------

Objetivo 5	Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel
------------	-----------------------------------

De acuerdo con Ruiz Bolívar (1), el enfoque multimétodo se entiende como una estrategia de investigación en la que se utilizan dos o más procedimientos para la indagación sobre un mismo fenómeno u objeto de estudio a través de los diferentes momentos del proceso. Esta metodología utiliza los enfoques cuantitativo y cualitativo de manera independiente sobre un mismo objeto de estudio y valida la información por triangulación.

De acuerdo con este enfoque, las fuentes de información se describen a continuación:

1. *Revisión rápida de la literatura.* Se realizó una revisión rápida y breve de la literatura disponible con el objetivo de buscar referentes nacionales e in-

ternacionales sobre gobernanza, autoridad sanitaria, resolutiveidad de los equipos de salud, normatividad vigente en salud, acceso a los servicios de salud y experiencias de APS en el país, uso de tecnologías de información y comunicación y responsabilidad social universitaria. La información hallada se organizó de acuerdo a su pertinencia y, posteriormente, se realizó una síntesis narrativa de los documentos seleccionados para incorporarlos en la propuesta de cada objetivo.

2. *Grupo focal de expertos.* Entre el 26 de septiembre y el 25 de octubre de 2022 se realizaron cinco grupos focales virtuales con una duración de 120 minutos cada uno aproximadamente, en los que participaron representantes de la ACSP, de distintas universidades del país, de la Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública, del SENA, autoridades sanitarias, instituciones prestadoras de servicios de salud, aseguradoras, asociaciones científicas, federación de municipios, entre otros, con el fin de recolectar información complementaria y validar las propuestas para cada uno de los objetivos. Las preguntas orientadoras que se utilizaron para cada grupo se presentan en el Anexo 1.
3. *Encuestas.* Entre el 10 y el 30 de septiembre de 2022, como parte de los procesos formativos en el Campus Virtual de Salud Pública (OPS) que se ejecutaron durante ese periodo de tiempo, 59 participantes de diversas regiones respondieron a una encuesta cuyo propósito era caracterizar las necesidades y capacidades en APS para Colombia. De esta encuesta se tomó información en lo relacionado con la capacidad de resolución del sistema y el acceso a los servicios de salud, específicamente en la caracterización de los elementos de Atención Primaria en Salud en sus territorios. Esta información se utilizó para dar respuesta a los objetivos número dos y número tres de este proyecto.
4. *Entrevistas semiestructuradas.* El programa Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de La Sabana estaba realizando en el mismo periodo de tiempo de este proyecto una investigación cualitativa para conocer la percepción, ventajas y desventajas de la implementación de los procesos de telemedicina en hospitales de primer nivel de atención. Los

resultados de esta investigación se usaron como insumo para complementar el objetivo número dos.

5. *Taller.* Entre el 21 y el 22 de octubre de 2021 se realizó un taller en modalidad híbrida, con sede presencial en la Universidad Católica de Oriente y participación de los grupos de trabajo de cada objetivo y representantes de: ACSP, universidades, Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública, autoridades sanitarias, instituciones prestadoras de servicios de salud, aseguradoras, asociaciones científicas, entre otras. En este taller presentaron las propuestas para cinco de los objetivos y se recibió retroalimentación de los participantes.
6. *Nota técnica para el cálculo financiero del costo de los equipos.* Para esta nota se tuvo en cuenta el marco normativo vigente sobre la atención en salud a la población, según lo establecido en la Resolución No. 3280 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social, que precisa los servicios incluidos en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta para la atención del riesgo obstétrico. Se adelantaron los cálculos con énfasis en la definición y cuantificación de los perfiles de los trabajadores en salud involucrados en la atención de la población objeto de intervención, según la norma vigente. De igual forma, se relacionaron los supuestos que se utilizaron para los cálculos de la nota técnica correspondiente, mismos que pueden consultarse en el Anexo 2.
7. *Lectura de pares.* Cada una de las propuestas de los objetivos fue revisada por un par académico que realizó aportes desde su experticia.
8. *Presentaciones preliminares.* Se realizaron presentaciones ante diferentes actores involucrados para conocer sus apreciaciones y retroalimentar el proceso. Los involucrados fueron representantes de la OPS, de la Dirección de Talento Humano del MSPS y de los viceministros de Protección Social y de Salud Pública y Prestación de Servicios.

La información de todas las fuentes descritas fue organizada y analizada para, finalmente, completar las propuestas que se encuentran en cada uno de los apartados (objetivos) de este libro.

## Bibliografía

Ruiz Bolívar C. El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: Una mirada desde el paradigma de la complejidad. Teré. Revista de Filosofía y Socio Política de la Educación. 2008;8(4):13-29.



## Resultados

---



# Objetivo 1: Autoridad sanitaria en el marco de una nueva gobernanza e institucionalidad

*Dr. Julián Vargas Jaramillo<sup>1</sup>*

## Introducción

Colombia es un país extenso, diverso, múltiple, desigual y complejo. Para alcanzar resultados en salud se debe robustecer la capacidad rectora de las secretarías de salud del orden departamental y municipal. El término ‘rectoría’ se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. Por ‘gobernanza’ se entienden los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud (1,2).

Diferentes investigadores en Colombia han manifestado su preocupación por el debilitamiento de la autoridad sanitaria. Roth y Molina (3) han develado la débil capacidad de rectoría e inefectiva gobernanza por parte de las autoridades de salud nacionales y municipales en los asuntos de salud pública relacionada con la falta de personal idóneo y articulada con la interferencia de

---

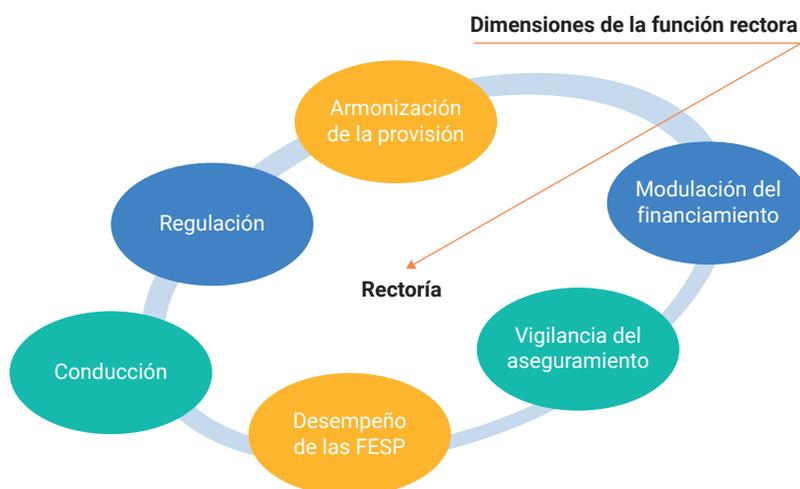
1. Médico cirujano. Especialista en Gerencia de la Salud Pública. Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Magíster en Educación Superior en Salud. Docente de cátedra Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Miembro de la Mesa Antioquia por la Transformación del Sistema de Salud y de la Asociación Colombiana de Salud Pública. Correo electrónico: julian.vargas1@udea.edu.co

los partidos políticos, los intereses particulares de aseguradoras privadas y la fragmentación estructural de las funciones y los actores. Por su parte, voces en la academia y tomadores de decisiones en el oriente colombiano (4) destacan la alta rotación del talento humano –probablemente favorecida por políticas de flexibilización laboral y falta de incentivos para trabajar en regiones rurales y áreas lejanas– como limitación para avanzar en el modelo integral de atención en salud. Investigadores de la Universidad Nacional de Colombia (5) concluyeron que el sistema de salud ha contribuido al mejoramiento del ingreso económico de los más pobres, pero persisten las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, de las diferencias en los planes de salud y en el gasto del sistema según ingresos de la población. En términos de vigilancia en salud pública, López et al. (6) expresaron que las autoridades sanitarias han reducido los recursos para asesoría, asistencia técnica, supervisión y control del proceso. Resaltaron deficiencias en aspectos administrativos, en la cantidad y calidad del recurso humano, la dotación y los recursos financieros para cumplir las responsabilidades de los departamentos y municipios. Desde las universidades, diversas voces (7) invocan la urgencia de recuperar espacios de toma de decisiones colectivas y concertadas que promuevan el diálogo y la superación de los intereses rentistas individualistas que prevalecen en nuestro sistema para avanzar, así, hacia un modelo inspirado en los valores de la solidaridad, la equidad y el mayor nivel de salud posible para los colombianos.

Un estudio de caso, realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del Ministerio de Salud y Protección Social (2017 y 2018) en cuatro entidades territoriales (dos departamentales, una distrital y una municipal) (8), concluyó que la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) es heterogénea en el territorio colombiano pues genera diferentes resultados en términos de (i) adaptación, (ii) articulación, y (iii) comunicación. El estudio relata dificultades de adaptación en los organigramas o estructuras de los entes territoriales para implementar el PSPD por las rigideces de carácter financiero, las dificultades para armonizar los diferentes instrumentos de planeación y la baja sincronía entre el surgimiento de nuevas normatividades y los planes de capacitación y socialización en los territorios. En términos de articulación se encontró que los mecanismos formales de comunicación y contacto no son su-

ficientes por sí solos, pues se requiere fortalecer lazos de confianza y robustecer la voluntad política orientada hacia la afectación de los determinantes sociales de la salud. Finalmente, destacó que en los departamentos del país el talento humano es determinante para una adecuada comunicación con los municipios.

La OMS ha definido seis dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria: conducción sectorial, regulación, armonización de la provisión, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) (FIGURA 1).



**Figura 1.** Las dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria

Fuente: OPS. Dimensiones de la función rectora de la Autoridad Sanitaria

La *conducción sectorial* es definida como la capacidad de orientar a las instituciones del sector y a las organizaciones y grupos sociales en apoyo de la política nacional de salud. Por *regulación* entendemos el diseño del marco normativo sanitario que promueve y protege la salud y la garantía de su cumplimiento. La *modulación del financiamiento* pretende garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. La *armonización de la provisión* o prestación busca

promover la complementariedad de diversos proveedores de servicios de salud para extender coberturas en forma eficiente y equitativa. La *vigilancia del aseguramiento* se centra en asegurar el acceso a un conjunto de prestaciones para toda la población o planes específicos para grupos especiales de población. Y las FESP, concebidas como el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central de mejorar la salud de las poblaciones. Estas nacen y se alimentan de prácticas sociales encaminadas a promover una cultura de la vida y la salud, desarrollar entornos saludables, controlar riesgos y daños, desarrollar la capacidad ciudadana para la participación social y atender a las demandas de salud de la población (9). Las FESP fueron redefinidas y agrupadas en 2020 en cuatro etapas, alrededor de las cuales se da un abordaje integrado e interdependiente que se sintetiza en la siguiente figura propuesta por la OPS (10).



**Figura 2.** Caracterización de las funciones esenciales de la salud pública en el abordaje integrado de la salud pública

Fuente: OPS, Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas (10)

En la Región de las Américas, Báscolo et al. (11) observaron que durante la pandemia las autoridades de salud debieron enfrentar desafíos considerables como la fragmentación y la falta de capacidades institucionales y de personal, poniendo en peligro la ejecución de actividades de respuesta eficaces y equita-

tivas. Señalaron que la respuesta a la pandemia fue desigual por las debilidades en la capacidad central de liderazgo y coordinación, la politización de las actividades de respuesta y las diferencias en la capacidad a nivel sub-nacional. Expresaron que esos desafíos son el reflejo de deficiencias estructurales que ya existían antes de que comenzara la pandemia, así como de la asignación de una prioridad baja a la salud pública en la agenda para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

La dirección de la OMS ha señalado que esta situación ha puesto en tela de juicio el alcance de las funciones que los países deben asumir para influir sobre los determinantes de la salud y garantizar la salud como un derecho humano fundamental. Invitó a comprender mejor cuáles son las capacidades institucionales necesarias para asegurar que los países, especialmente las autoridades de salud, adopten medidas coordinadas como asunto esencial para diseñar una agenda centrada en fortalecer la salud pública y satisfacer las necesidades de salud de la población (12).

Una mirada a la diversidad de los territorios colombianos permite comprender la asimetría en el desarrollo de su capacidad rectora para el ejercicio de las seis dimensiones de la autoridad sanitaria y hace necesaria una propuesta de país que permita caracterizar su nivel de avance en las regiones y departamentos más vulnerables, comprender sus causas y plantear alternativas de solución para avanzar en el fortalecimiento de la gobernanza territorial. Este proyecto busca un aprestamiento hacia una nueva gobernanza de la salud en el país. El trabajar con los departamentos más débiles por razones de marginación geográfica, insuficiencia en el aseguramiento y en la garantía de los derechos o debilidad de la institucionalidad política invita a comprender que la garantía del acceso implica toda acción que lleve a promover, mejorar o recuperar la salud. Colombia tiene un dilema profundo frente a una descentralización inconclusa al establecerse desde su Constitución Política como un híbrido, pues es, a la vez, república unitaria y descentralizada. La autonomía territorial clama por ser fortalecida. Urge pensar en una nueva gobernanza e institucionalidad. Esta nueva institucionalidad pasa por fortalecer los espacios colegiados de gobernanza en todos los niveles del Estado, involucra una acción inter-transectorial efectiva y con recursos que permitan la transformación de los determinantes de las situaciones

intolerables e impostergables que perpetúan las inequidades relacionadas con el acceso a los mínimos vitales para la subsistencia, tales como el agua potable, la soberanía alimentaria, el acceso a los servicios materno-infantiles y la atención a las enfermedades asociadas al subdesarrollo.

Por otro lado, es necesario señalar que a partir de la reglamentación de la Ley 1438 del 2011, el gobierno decidió reducir el ámbito de competencia de las secretarías de salud con relación al manejo de las redes integradas de servicios de salud otorgando vía resolución la conducción de las redes a las Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios (EAPB), contrario a lo definido en la ley mencionada. Este hecho, además, favoreció la integración vertical del sector privado en desmedro de los hospitales públicos en todo el territorio nacional.

El acercamiento a esta realidad desde la dimensión de conducción del sistema necesariamente pasa por la observancia al mandato constitucional que expresa: “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable” (13); y quizás también pase por nuevas formas de producción y trabajo conjunto para el cuidado ambiental. Para aproximarse a la comprensión de la garantía de este precepto, se hace necesario consultar el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, el Plan Nacional de Desarrollo 2023-2026, los planes de desarrollo departamentales y los avances del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (14) en los territorios objeto de este proyecto, con el fin de identificar su nivel de madurez y las capacidades desarrolladas para abordar los ejes estratégicos propuestos en el nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (15). Este plan esboza seis ejes estructurantes alrededor de los cuales se propone articular las acciones de los actores para el logro de sus objetivos: i). la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud; ii). la atención primaria en salud; iii). el fortalecimiento del gobierno y la gobernanza en salud pública; iv). la gestión del conocimiento para la toma de decisiones en salud pública; v). la sostenibilidad de la gestión en salud pública; vi). la gestión integral del riesgo en salud.

En su esfuerzo por tratar de hacer efectivo el derecho fundamental a la salud en el alcance contenido en la ley estatutaria en salud (16) y en el marco de

la Ley del Plan de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015) (17), el gobierno nacional propuso una política de atención integral en salud en la cual se conjugan un marco estratégico y un marco operativo (18). El marco estratégico está fundamentado en la estrategia de APS, la salud familiar y comunitaria, la gestión integral del riesgo y el enfoque poblacional y diferencial. El marco operativo, inicialmente contenido en los diez componentes operativos de un modelo integral de atención en salud, que fueron reorientados en lo que se concibe como Modelo de Acción Integral Territorial, consagrado en la Resolución No. 2626 de 2019 (19). Dicho marco operativo rescata como una de sus principales herramientas para el logro de capacidades en salud pública de los territorios a las rutas integrales de atención en salud, destacándose, entre ellas, la ruta integral de atención en salud para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal (20). La ruta de promoción y mantenimiento de la salud puso en la agenda nacional la necesidad de articular las intervenciones poblacionales con las intervenciones colectivas e individuales, estimulando a la acción sinérgica en los territorios de los diferentes actores del sistema de salud, invitando a considerar que las personas, familias y comunidades, como sujetos de derechos, son el centro de las acciones.

Es necesario tener en cuenta que el propósito del diseño de las rutas integrales de atención en salud ha sido establecer las normas y los estándares de manejo clínico para el mantenimiento de la salud y el manejo de problemas específicos. Sin embargo, tendría que resolverse que esta modalidad potencialmente genera la fragmentación vía contractual de los sitios de atención obligando al ciudadano a acudir a diferentes lugares para su atención. Las redes integrales de salud tendrían que tratar de minimizar este efecto, si se utiliza esta metodología de contrato por rutas, o avanza en una propuesta de contratación de red de servicios a donde el ciudadano tenga libertad de elección o sea adscrito a un centro de atención primaria en su territorio. Lo anterior conllevaría un programa de apoyo para el cumplimiento de garantías de calidad del conjunto de instituciones prestadoras que hace parte de la red.

De acuerdo con Lucumí (21), existen cinco áreas de política y gestión para aportar a la salud pública en el país: i. contar con una adecuada gobernanza de la salud pública en todos los niveles de gobierno es fundamental para alcanzar los

objetivos y metas en salud en la población; ii. se debe adoptar una organización en salud pública que permita el adecuado cumplimiento de funciones esenciales y la prestación de servicios a nivel territorial; iii. es necesario enfatizar en el papel de las políticas y la planeación para el alcance de los objetivos en salud pública en Colombia; iv. para garantizar los resultados en salud pública se debe reconocer el papel del recurso humano garantizando condiciones dignas para el desarrollo de su trabajo; y v. sin una adecuada financiación de la salud pública no es posible mejorar las condiciones de salud de la población.

La transformación requerida por el país para alcanzar los resultados esperados en salud y bienestar de la población con los ejes propuestos en el plan decenal de salud pública, armonizados al horizonte temporal propuesto, implica considerar acciones en el corto, mediano y largo plazo consistentes con estos propósitos. El derrotero señalado se expresa en la siguiente línea de tiempo:

Una vez apropiado este horizonte temporal, quedan abiertas las preguntas por: ¿cuál sería el cronograma para el nuevo proceso organizativo propuesto, según las normas vigentes?, ¿qué normatividad tendría que cambiar y en qué término? El Gobierno nacional ha propuesto avanzar hacia la transformación del sistema para dar cumplimiento a la ley estatutaria en salud (16). En tal sentido, en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 se trazó el objetivo de “garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, de forma integral con afectación positiva de determinantes sociales, garantista y universal; basado en un modelo de salud predictivo y preventivo” (23, p. 61). La salud pública evidencia en los territorios una gestión intermitente y desarticulada que impide la garantía permanente del derecho. Para conseguirlo, entre otras propuestas, se ha planteado la redefinición del rol de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), con especial énfasis en aquellas que incumplen indicadores financieros. Otro mecanismo necesario es el fortalecimiento del giro directo para contribuir a la recuperación financiera de los hospitales, y por sobre cualquier consideración, la implementación del modelo preventivo y predictivo recientemente lanzado por el Gobierno nacional, acompañado de la laboralización de los(as) trabajadores(as) del sector. El modelo preventivo y predictivo invita a la adopción de políticas por parte del Estado para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción,

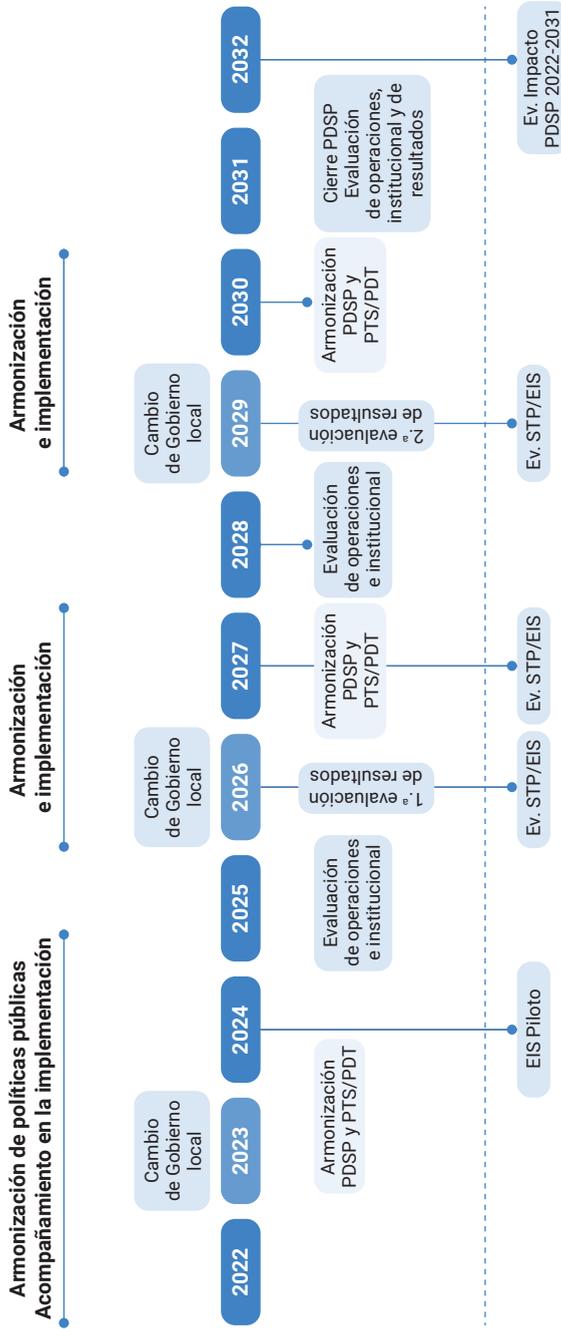


Figura 3. Línea de tiempo PDSP 2022-2031

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal 2022-2031

prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas, y la prestación de los servicios de salud como servicio público esencial obligatorio; por ello se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, en consecuencia con lo ordenado en el artículo 49 de la Constitución. Ello implica avanzar hacia una acción intersectorial en los territorios priorizados que incluya a los equipos médicos interdisciplinarios territoriales, las redes integradas e integrales de servicios de salud y la conformación de redes de participación social y en salud.

Otra situación que invita a ser transformada es el deletéreo impacto que la corrupción ha dejado en nuestro sistema de salud. Según Restrepo Zea, “los efectos negativos de este fenómeno son más dramáticos en el caso de la salud, pues se reflejan en la falta tanto de atención como de control de enfermedades, en el deterioro de la calidad de los servicios, y lo peor, en la muerte de quienes no pueden acceder a la atención médica o a los recursos necesarios como medicamentos o insumos hospitalarios” (24). Siguiendo los análisis de la Organización Panamericana de la Salud, la pandemia por Covid-19 dejó expuestas las deficiencias estructurales en salud y en las políticas socioeconómicas en las Américas, impactando la resiliencia de los sistemas y de las sociedades e intensificando las inequidades presentes en la región. Por ello, instó a la transformación de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud (25).

Se espera que estos propósitos expresados en las bases del nuevo plan nacional de desarrollo, inspirado en el sueño de ver a Colombia convertida en “potencia mundial de la vida”, sean incorporados en las adecuaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. El período de transición hacia los nuevos gobiernos departamentales entre 2023 y 2024 se convierte en una oportunidad para la apropiación de una estrategia de largo plazo que facilite la consolidación del fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Una aproximación de la magnitud del problema relacionado con la dimensión de regulación de la autoridad sanitaria implica, necesariamente, consultar el nivel de desarrollo de los procesos de gestión de la salud pública contenidos en el artículo quinto de la Resolución No. 518 de 2015 (26). Tales procesos se separan en estratégicos, misionales y de apoyo. En las figuras a continuación se sintetizan y exponen las definiciones de cada uno de ellos:

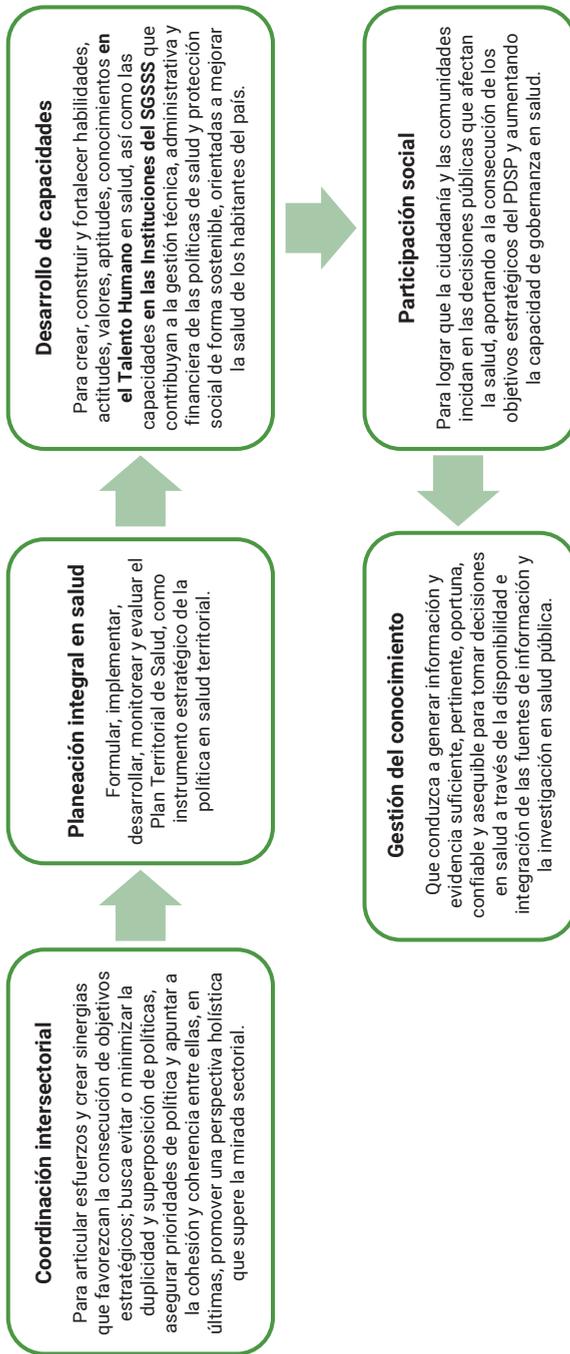


Figura 4. Procesos estratégicos de las Direcciones Territoriales de Salud

Fuente: elaboración propia a partir del artículo 5° de la Resolución No. 518 de 2015

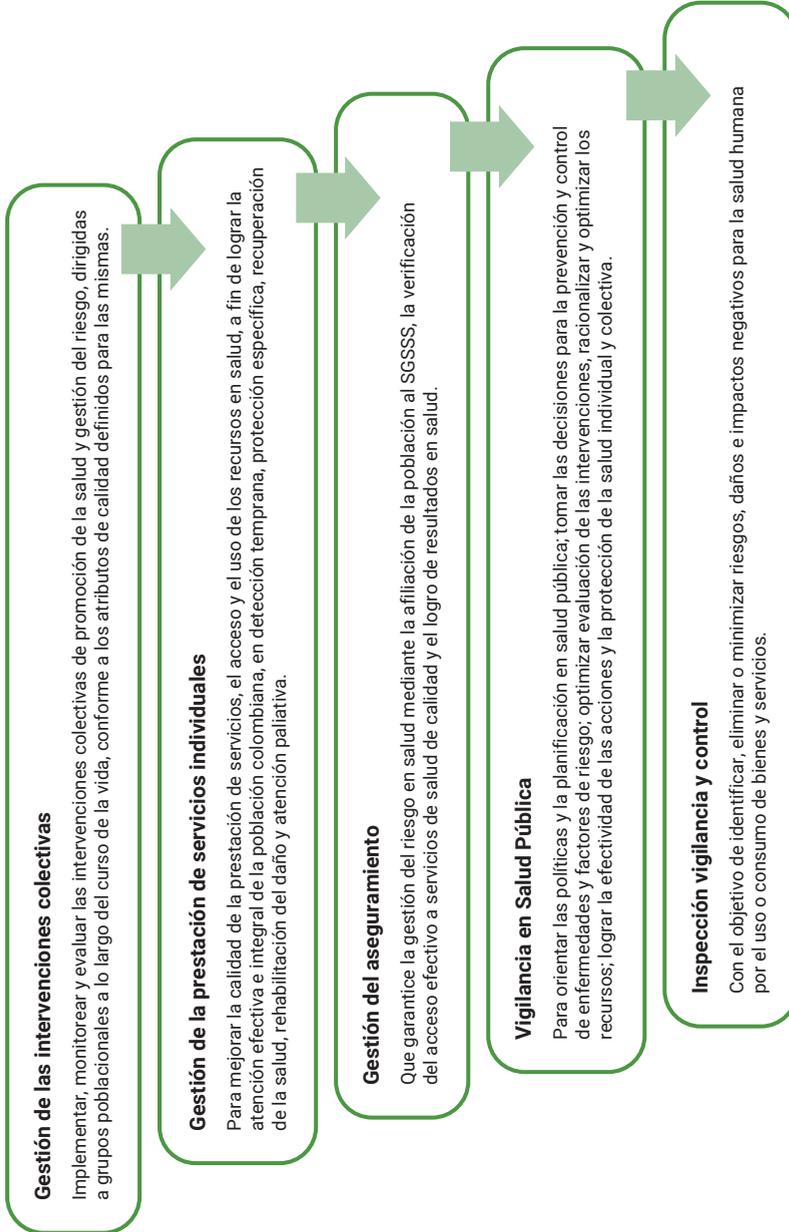


Figura 5. Procesos misionales de las Direcciones Territoriales de Salud

Fuente: elaboración propia a partir del artículo 5° de la Resolución No. 518 de 2015



**Figura 6.** Procesos de apoyo de las Direcciones Territoriales de Salud

Fuente: elaboración propia a partir del artículo 5° de la Resolución No. 518 de 2015

Sin pretender ser exhaustivos en los considerandos que faciliten el abordaje de la estrategia para mejorar la gobernanza local –reforzando el rol de la autoridad sanitaria para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (15) en el contexto de los planes de desarrollo territorial–, con los elementos expuestos hasta acá se presenta ahora un breve análisis de la situación que requiere ser modificada y se señalan los principales problemas y desafíos a abordar conducentes a la formulación de un plan para reforzar la autoridad sanitaria y elevar las competencias en gestión de la salud pública.

## Análisis de la situación. Problemas y desafíos

El país enfrenta el reto de hacer efectivo el cumplimiento de la ley estatutaria en salud (16) en lo relacionado con el deber del Estado de adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las inequidades. Ello implica recuperar las tareas de rectoría sectorial por parte de la autoridad sanitaria en cada territorio (conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia del aseguramiento, armonización en la provisión de servicios y la ejecución de las funciones esenciales de la salud pública) como función indelegable inserta en las políticas públicas con responsabilidad de todos los sectores del desarrollo (27).

En una publicación, Gómez-Arias y Nieto expresaron:

Después de 20 años de implementación, el modelo colombiano evidencia serias fallas y es objeto de controversia. El Estado se debilitó como ente rector de la salud; los grupos privados que administran los recursos se configuraron como fuertes núcleos de poder económico y político, y aumentaron las vulneraciones al derecho a la salud. Adicionalmente, la corrupción y el sobrecosto de los servicios han puesto en crisis la sostenibilidad del sistema, y la red estatal se encuentra en peligro de cierre. Pese a su desprestigio en el ámbito interno, varios agentes dentro y fuera del país propenden por mantener el modelo con base en reformas coyunturales (28).

La realidad que viven los territorios nacionales que concentran los peores indicadores de salud en Colombia está atravesada por una compleja malla de problemas con diferentes matices y múltiples causas cuya comprensión está más allá del alcance de esta propuesta. Como una aproximación a los problemas y desafíos que para el país tiene el ejercicio de las dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria, se recogen en este documento algunos aportes que surgen del análisis de coyuntura realizado por la Mesa Antioquia por la Transformación del Sistema de Salud Colombiano (29), enmarcados en la perspectiva de las dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria y las funciones esenciales de la salud pública, que se proponen como punto de partida para el análisis (10).

En el mismo sentido, una investigación realizada por Molina et al. en seis ciudades de Colombia sobre las decisiones en salud pública concluyó:

“La Rectoría y la Gobernanza en SP tienen unas limitaciones estructurales facilitadas por la influencia clientelista de los partidos políticos, y expresadas en la falta de capacidad institucional y de liderazgo de las autoridades de salud. Factores que limitan el cumplimiento de sus funciones y afectan su credibilidad, lo que genera un posicionamiento de la Rectoría privada sobre lo público, esto es, una captación del Estado por los intereses privados” (30, p. 461)

Para vencer estos obstáculos estructurales se relacionan a continuación algunos de los problemas relativos a cada una de estas dimensiones y los desafíos que implica su transformación (FIGURA 7):

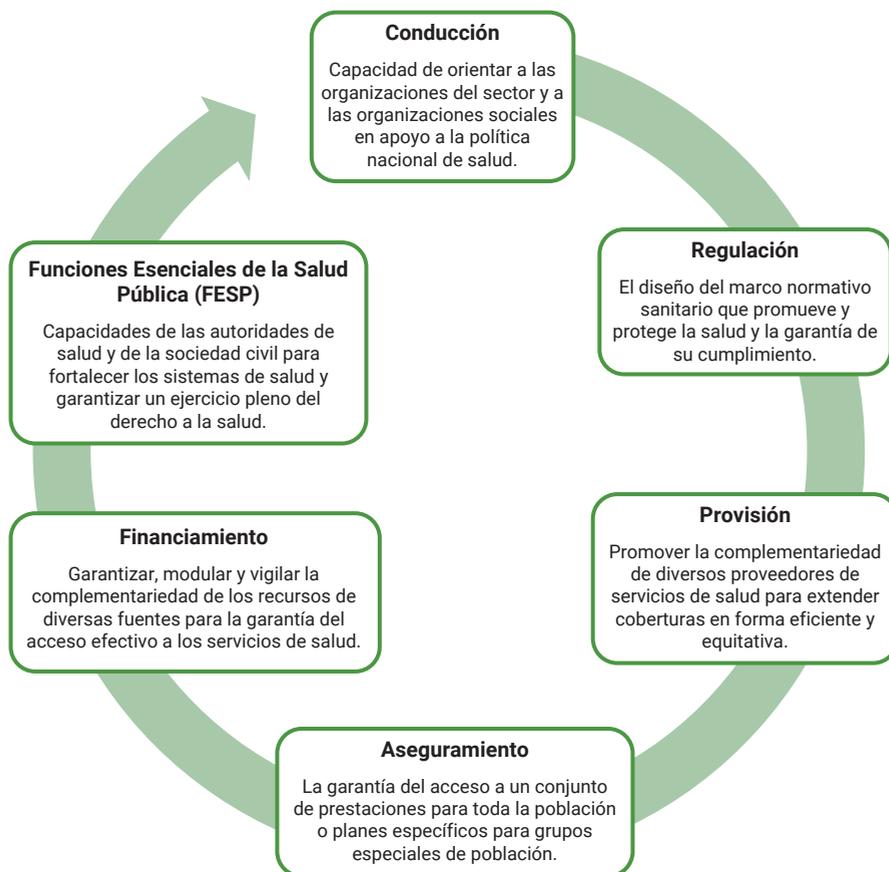


Figura 7. Dimensiones de la autoridad sanitaria

Fuente: Elaboración propia

## Dimensión de conducción

Problemas identificados	Desafíos
Los secretarios de salud tienen muy débil autoridad sobre los actores del aseguramiento.	Conformación de espacios subregionales de decisión para viabilizar modelos regionalizados de gestión en salud pública.
Limitada capacidad de conducción de los entes territoriales departamentales.	Mejoramiento de la capacidad de conducción de los entes territoriales.

Problemas identificados	Desafíos
Insuficiente adopción del modelo de salud fundamentado en la APS-R en sus tres pilares esenciales.	Empoderamiento territorial para la adopción de cCCC competencias y recursos hacia modelos de salud inspirados en redes territoriales socio sanitarias.
Pérdida de la capacidad del talento humano para las funciones de conducción sectorial.	Adopción de un plan nacional de formación para la dirección y conducción sectorial.
Debilitamiento progresivo y sistemático de la gobernanza caracterizado por la pérdida de los espacios colegiados de conducción y débil participación ciudadana.	Conformación de un Consejo Nacional de Salud Pública decisorio y autónomo Consejos Departamentales y Subregionales de Salud Pública, con fundamento en los mandatos y principios de la Ley 1454 de 2011. (31)
Tercerización de la capacidad rectora del Estado en agentes públicos o privados que limitan el ejercicio efectivo de sus competencias.	Creación de plantas de cargos departamentales acordes con las necesidades de los municipios y las regiones.
Inadecuada delimitación y comprensión del alcance de las competencias de los diferentes entes territoriales.	Autonomía, descentralización y autoridad deben ser delimitadas de manera más precisa en el marco normativo.

## Dimensión de regulación

Problemas identificados	Desafíos
Los tomadores de decisiones del nivel departamental y municipal tienen una débil participación en la formulación del marco regulatorio en salud.	Democratizar la capacidad de reglamentación del Estado en los espacios colegiados de gobernanza fortaleciendo los Consejos Territoriales de Salud Pública.
Insuficiente talento humano y recursos financieros de las secretarías departamentales y municipales para el ejercicio adecuado de las competencias asignadas la Ley 715 de 2001. (32)	Plan nacional de fortalecimiento del talento humano de las direcciones municipales y departamentales de salud.

## Dimensión de modulación del financiamiento

Problemas identificados	Desafíos
Débiles competencias de los organismos de IVC para ser garantes de los derechos de los ciudadanos.	Presencia efectiva de los organismos de I.V.C en los diferentes territorios mediante su intervención colegiada.
Inadecuados mecanismos de vigilancia para evitar la apropiación indebida de los recursos públicos por los agentes del sistema.	Fortalecimiento de los organismos de control del Estado mediante sanciones ejemplarizantes para los corruptos.

## Dimensión de armonización de la provisión

Problemas identificados	Desafíos
Los departamentos y municipios perdieron sus competencias para prestar servicios de salud y se han limitado a la asesoría, asistencia técnica, inspección y vigilancia de servicios.	Garantizar una oferta permanente y estable de talento humano en salud en el marco de las redes integradas e integrales de servicios de salud.

## Dimensión de garantía del aseguramiento

Problemas identificados	Desafíos
No termina de garantizarse el aseguramiento universal de la población al SGSSS.	Avanzar en el aseguramiento universal de los grupos poblacionales excluidos y garantizar los recursos para su plan de beneficios.
Insuficiente garantía del acceso efectivo a los servicios de salud favorecida por la segmentación y fragmentación del sistema.	Apropiar los recursos financieros para fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud con mecanismos de coordinación asistencial acordes a sus necesidades.

## Dimensión de desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) son las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad

civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes. Las FESP son de indelegable competencia de la autoridad sanitaria. La deteriorada comprensión e inadecuada profundización acerca de su importancia demanda la adopción de unos desafíos que se proponen a continuación y que deben ser asumidos por la autoridad sanitaria del orden nacional y territorial.

## Dimensiones relacionadas con la evaluación

### *Monitoreo y evaluación*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
La información se somete a análisis insuficientes para la toma adecuada de decisiones.	Creación de mesas de análisis situacional lideradas por el ente territorial para una gestión conjunta de las decisiones en salud pública.
Insuficiente e inadecuada capacidad de análisis de los entes territoriales municipales y departamentales para interpretar sus ASIS.	Formación del TH y estandarización de metodologías para realizar inteligencia sanitaria acerca de la situación de salud.
Los ASIS se alimentan en forma insuficiente de los indicadores de otros sectores del desarrollo para una gestión articulada de la salud pública.	Creación de incentivos para una acción intersectorial por la salud efectiva a todos los niveles del gobierno.

### *Vigilancia, control y gestión de riesgos*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
Debilidad en la comprensión del alcance de la vigilancia en salud pública más allá de la vigilancia epidemiológica.	Implementación de salas situacionales en los micro territorios y de observatorios en salud pública en los departamentos, distritos y grandes ciudades.
La investigación en salud pública ha permanecido reducida a la vigilancia a las enfermedades transmisibles y las condiciones crónicas no transmisibles.	Desarrollar una vigilancia en salud pública orientada hacia el análisis intersectorial de los determinantes sociales de la salud.

### *Investigación gestión del conocimiento*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
Incentivos para la investigación en salud pública insuficientes. Poco énfasis en la investigación de los problemas sociales y gerenciales del sector.	Incentivar modelos de investigación en perspectiva de desarrollo humano integral que consideren el saber de las comunidades para la toma de decisiones pertinentes en salud pública.

### Dimensiones relacionadas con el desarrollo de políticas públicas

#### *Políticas, legislación y marcos regulatorios*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
Insuficiente y asimétrica capacidad de los entes territoriales para una gestión integral y complementaria de la planificación territorial en salud pública.	Incentivos a los entes territoriales para la gestión articulada de sus competencias. Promover las asociaciones de municipios para implementar modelos regionalizados de gestión en salud pública bajo los principios de la Ley 1454 de 2011. (31)

#### *Participación y movilización social*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
Participación social y ciudadana limitada, no vinculante y con poca incidencia en las decisiones.	Incluir las voces ciudadanas en los procesos de formulación de los planes territoriales de salud pública como lo ordena la Constitución Política de Colombia y la Resolución No. 1536 de 2015. (41) Incentivar las alianzas público-privadas en el marco de la responsabilidad social territorial. Generar alternativas de autogestión y autosuficiencia de las comunidades para impactar los determinantes sociales de salud.

## Dimensiones de la salud pública relacionadas con la asignación de recursos

### *Desarrollo de recursos humanos para la salud*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
Inadecuada capacidad de los entes territoriales para disponer del talento humano que responda a las necesidades en salud en poblaciones diversas.	Conformación de comisiones departamentales del desarrollo del talento humano en salud.
La tercerización de funciones indelegables del Estado limita la continuidad de los procesos y la autonomía territorial para la gestión integral de los problemas de salud pública.	Incentivos económicos para la vinculación de TH suficiente e idóneo en los municipios mediante la modificación de la Ley 617/00. (33)
Los mecanismos de selección, y ascenso del TH por carrera administrativa no son los más pertinentes y oportunos.	Incrementar la calidad y cantidad de profesionales vinculados a las SLS para incrementar su capacidad analítica y resolutive de los problemas de salud de la población.

### *Medicamentos y otras tecnologías*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
Las tecnologías en salud para la atención de las necesidades de las personas presentan dificultades para ser accesibles, disponibles, costo-efectivas, aceptables y de calidad, como lo indica el derecho fundamental a la salud.	Avanzar hacia los programas nacionales para la compra agregada de sus insumos y medicamentos.
Soberanía nacional en la adquisición, compra y distribución de tecnologías en salud sometida a los intereses de la gran industria farmacéutica transnacional.	Procesos de negociación y compra unificada y centralizada de tecnologías para responder a problemas de alta prioridad en salud pública.

*Financiamiento*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
En algunas regiones del país se requieren mecanismos de financiamiento y formas de organización de los servicios de salud diferentes a la competencia regulada.	En la transición del modelo, para regiones alejadas como los territorios nacionales y otros municipios pequeños, la financiación debe ser vía subsidio a la oferta.
La salud pública como prioridad colectiva debe financiarse con fuentes estables y recursos crecientes que se definan en la reforma del sistema general de participaciones.	Gradualidad en el crecimiento del financiamiento a la SP. Hoy es el 10 % y debe subir un punto porcentual anual hasta a llegar al 15 %.

## Dimensiones relacionadas con el acceso

*Acceso a servicios integrales y de calidad*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
Inequidades en el acceso a los servicios entre segmentos de población, urbano-rural, y aún en los distintos grupos poblacionales de los conglomerados urbanos.	Recuperar la posibilidad de que los recursos sean asignados y utilizados en función de las necesidades de la población en su territorio y no en función de los agentes del mercado.
Insuficiente comprensión de la promoción de la salud y de la salud pública, con visiones limitadas a la gestión del acceso y a la prestación de servicios de salud.	Creación de nuevas instancias para la gestión regionalizada de la SP. Implementar el plan nacional de salud rural integral propuesto en los acuerdos de La Habana, tal como se expresa en las bases del PND 2022-2026.

*Intervenciones sobre factores contextuales*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Desafíos</b>
Escenarios complejos desde lo político, social y económico en un país que no termina de superar una situación de conflicto estructural.	Facilitar los procesos de construcción de paz territorial mediante la garantía del acceso a la salud y el bienestar en el marco de los acuerdos de paz.

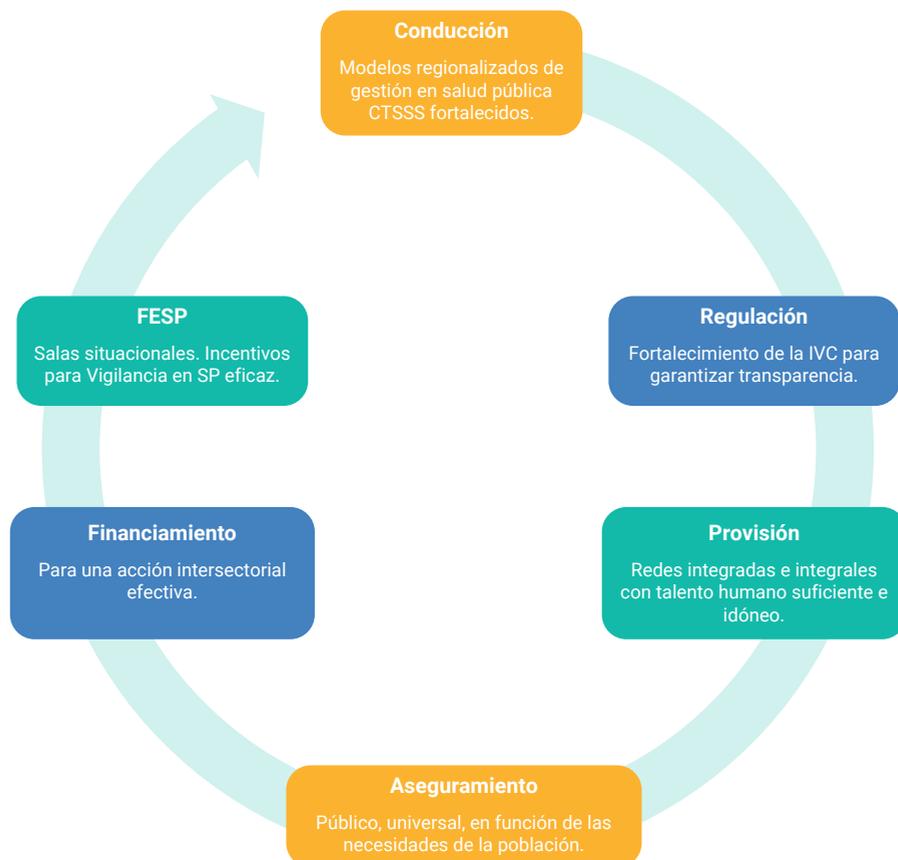
### *Abordaje de los determinantes sociales*

Problemas identificados	Desafíos
Débil capacidad para abordar la determinación social del proceso salud/enfermedad mediante acuerdos sectoriales e intersectoriales.	Construir una estrategia integrada de promoción de la salud intersectorial fortaleciendo la promoción de entornos saludables (calidad de agua y saneamiento) y las acciones para abordar los factores de riesgo.

Con base en los problemas y desafíos planteados, a continuación se exponen las oportunidades de acción articulada que fundamentan esta propuesta.

## Oportunidades

A partir de la situación descrita, se identifican unas oportunidades para el trabajo colaborativo entre las universidades de la Alianza por la APS para Colombia y la Asociación Colombiana de Salud Pública para mejorar la gobernanza local reforzando el rol de la autoridad sanitaria para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (15). Este planteamiento surge de unas preguntas iniciales puestas a consideración del grupo de expertos de las universidades y de la ACSP; son ellas: ¿qué tienen las estructuras de las secretarías de salud que se piensan fortalecer?, ¿cómo elevar su capacidad para el manejo de las redes de servicios de salud?, ¿cuál es su capacidad tecnológica y administrativa para la gestión?, ¿cómo garantizar la gobernanza en lugares con distancias enormes y accesibilidad muy limitada?, ¿cómo hacer factible la gobernanza para manejar los determinantes sociales prevalentes en estos territorios —el hambre y el acceso al agua, los servicios domiciliarios, la educación—?, ¿qué hacer para involucrar en los equipos multidisciplinarios de salud a profesionales de las ciencias agrarias, sociales y económicas?, ¿qué hacen las universidades acompañando esos territorios?, ¿cómo fortalecer el liderazgo de las autoridades de salud para favorecer la acción colectiva que permita el cambio de la gobernanza? La siguiente figura representa unas ideas centrales relacionadas con los desafíos señalados:

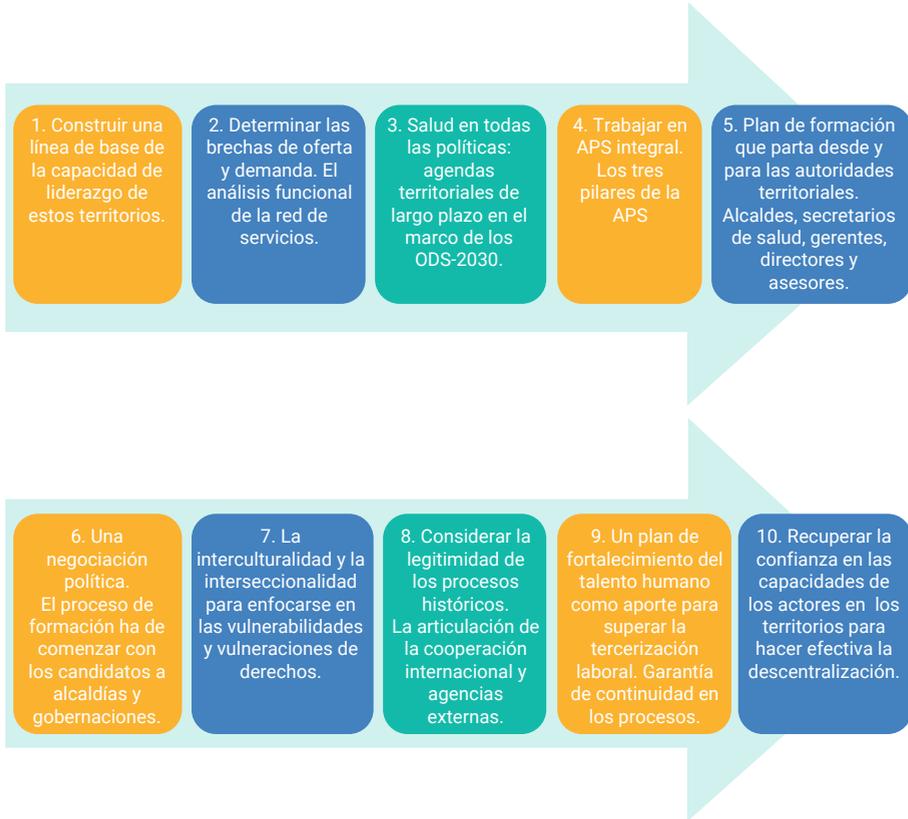


**Figura 8.** Fortalecimiento de las dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria

Fuente: elaboración propia desde el análisis de dimensiones de rectoría

Unas respuestas iniciales a las preguntas relativas al cambio requerido en términos de fortalecimiento de la autoridad sanitaria invitan a comprender que dicha transformación no es exclusiva de las regiones más vulnerables: implica una transformación en el enfoque del Ministerio de Salud y Protección Social y en el de las grandes direcciones territoriales departamentales y locales. Hecha esta precisión, se invita a establecer unas pautas para alcanzar este objetivo del proyecto con foco en las regiones seleccionadas. Entre las acciones en el corto plazo se destaca un decálogo posible.

## Decálogo de acciones requeridas para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria



**Figura 9.** Decálogo de acciones requeridas para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria

Fuente: elaboración propia

**Primera:** construir una línea de base de la capacidad de liderazgo de estos territorios mediante un diagnóstico rápido que permita el acopio de la información existente como estado del arte de la gobernanza en cada departamento priorizado. Se invita a tener en consideración las capacidades y experiencias previas de los departamentos.

**Segunda: determinar las brechas de oferta y demanda.** El análisis funcional de la red de servicios, mediante un análisis rápido en los territorios más vulnerables del país que responda a la pregunta ¿qué necesidades de puestos y centros de salud se tienen en los departamentos?, permitirá conformar micro redes público-privadas, con el concurso de las ONG nacionales e internacionales presentes en los territorios. Mientras más pobre es el departamento, más presencia de Naciones Unidas, de organizaciones como Médicos Sin Fronteras, y de iglesias, sus dispensarios y programas misioneros.

**Tercera: desarrollar la estrategia de salud en todas las políticas como fundamento para definir agendas territoriales de largo plazo.** Un referente necesario es la agenda de país para el logro de los ODS-2030 (34) con amplios contenidos de corte intersectorial. Los ODS serán insumos muy valiosos para la formulación de los próximos planes de desarrollo. Experiencias como la plasmada en la construcción de la Agenda Antioquia 2040 (35) dan cuenta de la necesidad de crear una red sociosanitaria desde el nivel central hasta lo más local, acudiendo a la innovación para la creación de una nueva institucionalidad pública. En los territorios seleccionados se hace perentorio empezar por los cambios para una comprensión intersectorial que permita entender a la salud como un fenómeno social. De ahí la importancia de revisar qué problemas afectan negativamente el bienestar de las poblaciones, más allá de la descripción de la morbi-mortalidad. Para que los otros sectores hagan propia la salud, todas las políticas deben mostrar claramente cuáles son los resultados en salud y bienestar esperados en el territorio.

**Cuarta: trabajar por una APS con enfoque integral en el marco de las RISS.** Una perspectiva integral necesariamente pasa por el fortalecimiento de los tres pilares de la APS-Renovada. Más allá de la reorientación del continuum asistencial desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación y paliación, es necesario fortalecer los procesos participativos sociales y comunitarios y avanzar hacia una acción intersectorial efectiva. Adicionalmente, es importante responder a ¿cómo se va a manejar el flujo de recursos hacia las RISS? Hoy no hay redes integradas creadas desde la perspectiva señalada en el Artículo 63 de la Ley 1438 de 2011, bajo los criterios determinantes para su conformación (36). Las secretarías de salud deben ser las que dirijan las redes. El

modelo de aseguramiento, tal como está concebido en Colombia, hace que las EAPB y los prestadores públicos y privados tengan su centro en la competencia y no en la garantía del derecho. Para avanzar hacia una gobernanza, sin excluir las capacidades desarrolladas por las EPS, se hace fundamental encontrarles un nuevo rol que les sea asignado a partir de la reforma. La capacidad instalada de los prestadores de salud en Colombia demanda la conformación de RISS público-privadas que convoquen a todos los actores y modifiquen la normatividad haciendo exigible su cumplimiento.

**Quinta: plan de formación que incluya a las autoridades territoriales.** Priorizar a los alcaldes, desde ellos comienza la gobernanza. No todos cumplen con perfiles que permitan respuestas acordes a las necesidades del sector salud; muchos desconocen qué es un plan territorial de salud; otros conocen el plan de desarrollo, pero tienen débil apropiación del Plan Territorial de Salud Pública. Los ASIS son presentados a consideración del Ministerio, sin embargo, la salud no es prioridad para muchos alcaldes. Con los mandatarios locales, los secretarios de salud también requieren fortalecer sus competencias; muchos deben asumir otras responsabilidades sobre otras secretarías de despacho. Con frecuencia, lo que está en el plan de desarrollo no se ejecuta. Adicionalmente, los representantes de los procesos de participación social desconocen los contenidos y recursos en salud pública. De igual modo, hay débil formación de líderes sociales y concejales; muchos de ellos desconocen las lógicas de salud. Un cuarto actor lo constituyen los gerentes de los hospitales públicos para quienes es necesaria una redefinición de sus perfiles. Es necesario pensar en dinámicas adecuadas a los diferentes contextos; y, además, se requiere fortalecer las competencias de los asesores de los municipios.

**Sexta: hacer una negociación política.** El 2023 es un año electoral. El proceso de formación ha de comenzar con los candidatos a alcaldías y gobernaciones facilitando que tengan como propios estos conceptos para incluirlos en sus programas de gobierno y posteriores planes de desarrollo en el evento de ser elegidos.

**Séptima: la interculturalidad debe jugar un papel importante.** Tiene mucho que ver con la red de servicios adecuada a las necesidades de las poblaciones en sus territorios, de igual forma, con el reconocimiento de la

interseccionalidad como la expresión de las vulnerabilidades y vulneraciones de derechos encarnadas en los sujetos. En el mismo sentido, la interculturalidad invita a incorporar el diálogo de saberes como elemento pedagógico estructurantes de una nueva cultura de la salud en la que el reconocimiento de las diversas culturas, tradiciones y concepciones del proceso salud enfermedad sean comprendidas como parte constitutiva de todo lo que es la salud (37). Cabe preguntarnos ¿qué hacemos de abajo hacia arriba?, ¿qué hacemos para que la población ejerza sus derechos y su connotación de exigibilidad frente al sistema?, ¿cómo avanzar en la creación de confianza en el sistema por parte de todos sus actores?

**Octava: pensar en la legitimidad de los procesos históricos.** La complejidad de los hospitales liquidados y el clientelismo, presentes en muchos departamentos y municipios, son obstáculos. Los grupos políticos se reparten los puestos de dirección por años, desvirtuando los principios de la rectoría sobre lo público. Igualmente, los territorios han sido sobre diagnosticados y utilizados por las agencias externas, asunto que complejiza el trabajo en red y el trabajo en salud, y que conlleva una posible acción con daño. Sin embargo, el gran valor de los socios internacionales en la oferta de servicios de salud invita a reconocer que la cooperación internacional debe ser un actor necesario. En el entendido de que se duplican muchos procesos, es perentorio avanzar hacia la armonización de las agencias de Naciones Unidas y demás ONG públicas y privadas que históricamente han llenado el vacío de Estado.

**Novena: en el plan de fortalecimiento del talento humano es preciso encontrar luces para vencer la tercerización laboral.** Para desestimular la tercerización en las políticas de vinculación del talento humano se hace necesario identificar a los funcionarios que acaban de ingresar a la carrera administrativa y enfatizar en el fortalecimiento de capacidades con este grupo de agentes de salud. Para propiciar la permanencia de los profesionales en los territorios, en primer instancia, la actuación del Estado deberá orientarse hacia la conformación de comisiones departamentales del desarrollo del talento humano en salud. En segunda instancia, deberán promoverse incentivos económicos para la vinculación de talento humano suficiente e idóneo en los municipios, quizás, modificando la Ley 617 de 2000 (33) para una gestión más adecuada

de la salud pública. En tercera instancia, se requiere el concurso de las universidades para la formación de talento humano que comprenda la importancia de la promoción de la salud desde el significado del cuidado de la salud y de la vida. Una cuarta intervención se puede orientar a incrementar la calidad y cantidad de profesionales vinculados a las secretarías de salud para mejorar su capacidad analítica y resolutive de los problemas de salud de la población.

**Décima: recuperar la confianza en las capacidades de los actores de los territorios para hacer efectiva la descentralización.** A partir de las experiencias significativas evidenciadas en cada uno de los territorios y con fundamento en el plan de estímulos para la permanencia del talento humano que las ha desarrollado, se hace necesario convocar a los acuerdos sectoriales e intersectoriales que hagan favorable la implementación de los modelos de salud inspirados en la APS integral.

Este decálogo de acciones descritas invita a concertar un plan de acción que contenga tareas de corto y mediano plazo para acompasar el proceso de fortalecimiento de las capacidades de las autoridades sanitarias con las dinámicas de formulación, implementación de los planes de desarrollo y planes territoriales de salud pública. En este sentido, se enuncian a continuación los elementos que permiten llevar a cabo estas acciones.

## Propuesta

La diversidad de los territorios colombianos y la asimetría en el desarrollo de su capacidad rectora como puesta en práctica de las seis dimensiones de la autoridad sanitaria en las regiones y departamentos más vulnerables invita a develar las causas de estas diferencias territoriales y plantear alternativas para el fortalecimiento de las dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria. El ejercicio adecuado de la gobernanza requiere de la confluencia de diferentes estrategias tendientes al desarrollo profesional permanente para la toma de decisiones que trascienda los períodos de gobierno. Para avanzar rápidamente, el Ministerio de Salud y Protección Social debe generar confianza y establecer opciones para transferir capacidad en el ejercicio de la rectoría y gobernanza e invitar a fortalecer una visión de regiones. Para ello, se sugieren las siguientes acciones:

1. Conformar asociaciones de municipios que comparten identidades socio-bio geográficas, históricas y económicas, aplicando las modalidades de asociación que permite la Ley 1454 de 2011 y refrendadas en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (23).
2. Facilitar el apoyo de departamentos o subregiones con mayor desarrollo de la capacidad rectora para apadrinar las acciones a fortalecer en aquellos con menores capacidades, atendiendo a los principios de solidaridad y equidad territorial consagrados en la Ley 1454 de 2011 (31).
3. Implementar un proceso de formación continua dirigido a los tomadores de decisiones promovido en el marco de los territorios-escuela desde las universidades presentes en los departamentos objeto del proyecto. La academia debe volcar su conocimiento a resolver los problemas cotidianos de la vida y a favorecerla con una investigación que sea pertinente y cercana a las realidades de los espacios donde despliega su misión.
4. Propiciar la articulación entre las ONG y los organismos internacionales presentes en el territorio para garantizar la sinergia en las intervenciones.
5. Garantizar la transferencia de recursos de la nación para el financiamiento de las acciones a emprender.
6. Incorporar a los hospitales y direcciones locales de salud a los líderes sociales e iglesias presentes en los territorios en los momentos de formulación, implementación y evaluación de las intervenciones.

La representación esquemática de estas acciones se plasma en la FIGURA 10:

Para comenzar a generar los cambios requeridos en los territorios se propone trabajar en los departamentos de La Guajira, Chocó, Caquetá, Nariño, Putumayo y Vichada. Luego, hacerlos extensivos a los demás departamentos que comparten similares condiciones.

## Plan operativo

### *Propósito:*

Desarrollar una estrategia para mejorar la gobernanza local reforzando el rol de la autoridad sanitaria para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (15) en el contexto de los planes de desarrollo territorial.



**Figura 10.** Modelos regionalizados de gestión de la SP en el fortalecimiento de la gobernanza en departamentos vulnerables de Colombia

Fuente: elaboración propia

### *Objetivos específicos:*

El despliegue de las acciones indicadas invita a un trabajo en dos direcciones a recorrer de forma simultánea:

1. Determinar las capacidades presentes en los territorios para el ejercicio de las dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria mediante un diagnóstico rápido que sirva como línea de base para determinar la brecha a cerrar.
2. Conformar modelos regionalizados de gestión de la salud pública que atiendan a las necesidades de la población en los territorios y fortalezcan el

ejercicio de la gobernanza local para alcanzar los resultados esperados en los planes.

### *Actividades*

Se describen a continuación, las actividades y productos a alcanzar a través de ambos objetivos específicos:

Primer objetivo específico: Determinación de las capacidades rectoras de los territorios.

Con la información disponible en el Ministerio de Salud y Protección Social y en los territorios se plantea el levantamiento de la línea de base que incluya como mínimo los siguientes contenidos:

1. Una descripción clara de *los involucrados y sus capacidades* para el desempeño de los procesos de gestión de la salud pública y de las funciones esenciales de la salud pública.
2. Un *análisis funcional de la red de servicios* que permita caracterizar la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de salud para la definición del plan de cierre de brecha. El diagnóstico rápido de las capacidades institucionales debe ir acompañado de pensar cómo sería el nivel subregional, tanto para la prestación de servicios como para la gestión de la salud pública. Se hace urgente replantear completamente la “autonomía” de los hospitales de baja complejidad; el crecimiento desmesurado del personal administrativo de muchos hospitales ha contribuido a profundizar sus crisis; esta situación invita a una reconversión de la planta de cargos de los hospitales, en el rediseño puede volcarse el personal administrativo hacia actividades sociales.
3. Una *línea de tiempo para la implementación* del plan de fortalecimiento de capacidades que sea sincrónica con los tiempos definidos por el Gobierno nacional para la apropiación e implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y, a su vez, se armonice con los períodos de formulación implementación y evaluación de los planes de desarrollo y planes cuatrienales de salud pública de los departamentos seleccionados.

4. Finalmente, se propone crear una *plataforma informática* para darle seguimiento en el tiempo en el proceso de monitoreo y evaluación.

Los productos por lograr con esta línea de base son:

- i. Producto uno: Descripción de la organización y nueva estructura de las secretarías para cumplir con las obligaciones de la Ley 715 de 2001 y la Resolución No. 518 de 2015.
- ii. Producto dos: Identificación y caracterización del equipo técnico de las secretarías del sector y de los líderes sociales departamentales.
- iii. Producto tres: Identificación de competencias del equipo técnico requerido para el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública renovadas y los procesos de gestión de la salud pública consagrados en la Resolución No. 518 de 2015.
- iv. Producto cuatro: Identificación de las experiencias exitosas y limitaciones de las secretarías participantes.
- v. Producto cinco: Diseño e implementación de la estrategia de capacitación de los integrantes de los equipos técnicos de las secretarías y los líderes sociales de los departamentos para la implementación del PDSP 2022-2031.

Segundo objetivo específico: Implementación de los modelos regionalizados de gestión en salud pública que conduzca a los siguientes productos:

- i. Producto uno: Metodologías estandarizadas de inteligencia sanitaria para la toma de decisiones en tiempo real mediante la implementación de la salud pública digital. Esto les da fuerza a los planteamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en favor de “un sistema único de información interoperable” y un sistema permanente de tamizajes, estudios y monitoreo de las condiciones de salud [para] predecir tendencias, dinámicas e indicadores socio-epidemiológicos territorializados que permitan planear y adelantar acciones promocionales y preventivas pertinentes y oportunas a nivel colectivo, familiar e individual.
- ii. Producto dos: Mesas de análisis situacional lideradas por cada ente territorial para una gestión conjunta de sus decisiones en salud pública.

- iii. Producto tres: Apropiación social del conocimiento mediante el fortalecimiento de la participación social y ciudadana.
- iv. Producto cuatro: Procesos de formación continua a los servidores públicos departamentales y municipales para la formulación, implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP). Cada ente territorial departamental priorizará aquellos municipios con menores avances con el fin de implementar estos procesos formativos, en alianza con las universidades, mediante un plan de formación concertado previamente.
- v. Producto cinco: Capacidad territorial fortalecida para atender los eventos priorizados en salud pública, prevenir la morbi-mortalidad evitable y potenciar las capacidades de las personas, las familias y las comunidades para el cuidado de la salud y de la vida.

El plan de acción de corto plazo para el logro de los productos asociados a cada objetivo específico se inscribe en la siguiente tabla:

En el Anexo 3 se incluyen sitios web recomendados.

<b>Primer objetivo específico: Determinación de las capacidades rectoras de los territorios</b>					
<b>Productos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>	<b>Plazo</b>	<b>Entregable</b>
Descripción de la organización y estructura de las secretarías para cumplir con sus obligaciones según la Ley 715 de 2001 y la Resolución No. 518 de 2015.	Revisión documental.	Asociación Colombiana de Salud Pública. Red de Universidades por la APS.	Páginas Web de los Departamentos. Departamento Nacional de Planeación. Ministerio de Salud y Protección Social.	Dos meses	Documento con la estructura orgánica y funcional de las secretarías de salud y plan de cierre de brechas en términos de capacidades.
Identificación y caracterización del equipo técnico de las secretarías, del sector y de los líderes sociales departamentales.	Encuesta virtual. Revisión documental.	Asociación Colombiana de Salud Pública. Red de Universidades por la APS.	Páginas Web de los Departamentos. Departamento Nacional de Planeación. Ministerio de Salud y Protección Social.	Tres meses	Documento con los perfiles de los equipos de las secretarías de salud y plan de cierre de brechas en términos de capacidades.

<b>Primer objetivo específico: Determinación de las capacidades rectoras de los territorios</b>					
<b>Productos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>	<b>Plazo</b>	<b>Entregable</b>
Identificación de competencias del equipo técnico requerido para el cumplimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública Renovadas.	Encuesta Google DOCS con base en las nuevas FESP.	Asociación Colombiana de Salud Pública. Red de Universidades por la APS.	Cuestionario fundamentado a partir de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.	Tres meses	Documento de caracterización de las capacidades para el cumplimiento de las FESP.
Identificación de las experiencias exitosas y limitaciones de las secretarías participantes.	Entrevistas semiestructuradas. Grupos focales con agentes del Sistema en los territorios vulnerables.	Asociación colombiana de Salud Pública. Red de Universidades por la APS.	Revisión bibliográfica. Entrevistas con los actores territoriales.	Cuatro meses	Documento con los principales aprendizajes a partir de las experiencias significativas.

<b>Primer objetivo específico: Determinación de las capacidades rectoras de los territorios</b>					
<b>Productos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>	<b>Plazo</b>	<b>Entregable</b>
Diseño de la estrategia de capacitación y actualización de los integrantes de los equipos técnicos de las secretarías y líderes sociales para la implementación del PDSP 2022-2031.	Construcción participativa del plan de capacitación.	Red de Universidades por la APS.	Experiencias de las universidades promotoras. Campus Virtual de Salud Pública.	Cuatro meses	Plan de formación de secretarios de salud y líderes sociales implementado.
Implementación de la estrategia de capacitación de los equipos de las secretarías de salud y líderes sociales.	Curso modular de 60 horas diferenciado por tipo de actores.	Red de Universidades por la APS.	Campus Virtual de Salud Pública.	Un año	Plan de formación de secretarios de salud y líderes sociales documentado.

<b>Segundo objetivo específico: Implementación de modelos regionalizados de gestión en salud pública</b>					
<b>Productos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>	<b>Plazo</b>	<b>Entregable</b>
Metodologías estandarizadas de inteligencia sanitaria para la toma de decisiones en tiempo real mediante la implementación de la salud pública digital.	Apropiación de los ocho principios de innovación digital en salud pública.	Red de Universidades por la APS.	Observatorio Nacional de Salud del INS.	Seis meses	Mesas de análisis situacional lideradas por el ente territorial para una gestión conjunta de las decisiones en salud pública.
Mesas de análisis situacional lideradas por cada ente territorial para una gestión conjunta de sus decisiones en salud pública.		Instituto Nacional de Salud. Red de Universidades por la APS.			
Apropiación social del conocimiento mediante el fortalecimiento de la participación social y ciudadana.	Conformación de consejos territoriales de salud pública.	Asociación Colombiana de Salud Pública. Red de Universidades por la APS. Apoyo de la OPS.	Redes de organizaciones sociales y comunitarias de los territorios.	Seis meses	Consejos territoriales fortalecidos. Mesas intersectoriales para el afrontamiento de los determinantes operando.

<b>Segundo objetivo específico: Implementación de modelos regionalizados de gestión en salud pública</b>					
<b>Productos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>	<b>Plazo</b>	<b>Entregable</b>
Procesos de formación continua a los servidores públicos departamentales y municipales para la formulación, implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP). Cada ente territorial departamental priorizará aquellos municipios con menores avances con el fin de implementar estos procesos formativos, en alianza con las universidades, mediante un plan de formación concertado previamente.	Cursos de educación no formal bajo la figura de ciclos propedéuticos conducentes al fortalecimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.	Red de Universidades por la APS.	Campus Virtual en Salud Pública	Un año	Equipos territoriales de las secretarías de salud departamentales y municipales con capacidad fortalecida para el ejercicio de la gobernanza.

<b>Segundo objetivo específico: Implementación de modelos regionalizados de gestión en salud pública</b>					
<b>Productos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>	<b>Plazo</b>	<b>Entregable</b>
Incremento del talento humano para la vigilancia en salud pública, fortalecimiento de los equipos interprofesionales, mejoramiento de la capacidad resolutive de las redes integradas de servicios	Ministerio de Salud y Protección Social	Recursos del SGP en salud para la salud pública. Regalías. Recursos frescos del presupuesto nacional para fortalecer la oferta pública y la conformación de los equipos básicos de salud y equipos de apoyo.	Redes integradas de servicios de salud con enfoque territorial.	Un año	Incremento del talento humano para la vigilancia en salud pública, fortalecimiento de los equipos interprofesionales, mejoramiento de la capacidad resolutive de las redes integradas de servicios.

## Bibliografía

1. OPS/OMS. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal [Internet]. Salud en las Américas, 2017. [Consultado 10, noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html>
2. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(sup.): S35-S45. <https://www.scielo.br/j/csp/a/89LjrgHDvWC9rH8c4b8ppHv/?format=pdf&lang=es>
3. Roth-Deubel, A N y Molina-Marín, G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev. Salud Pública*. 2013;15(1):44-55. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v15n1/v15n1a05.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v15n1/v15n1a05.pdf)
4. Ruiz Rodríguez M, Hormiga Sánchez C, Uribe L, Cadena Afanador L, Mantilla Uribe B, Solano Aguilar S. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*. 2017;49(2):320-329. <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017005>.
5. Agudelo Calderón C, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2817-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
6. López Y, González C, Gallego B, Moreno A. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. *Biomédica*. 2009;29:567-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v29n4/v29n4a11.pdf>
7. Suárez-Rozo L F, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno L m, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2017;16(32):34-50. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Cambios en la planeación territorial en salud: estudio de caso en 4 DTS. *Papeles en Salud* No. 18; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/estudio-caso-4-dts.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. *Publicación Científica y Técnica* No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2002. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42858>
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y

- descripción. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A, Fitzgerald J, and Jarboe R. Aportes del nuevo marco para las funciones esenciales de salud pública a la lucha contra la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:e8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9384891/>
  12. Etienne C F, Fitzgerald J, Almeida G, Birmingham M E, Brana M, Báscolo E, et al. COVID-19: Transformative Actions for More Equitable, Resilient, Sustainable Societies and Health Systems in the Americas. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e003509. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003509.
  13. República de Colombia. Constitución Política de la República de Colombia. 1991. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
  14. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
  15. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 1035 de 2022. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf)
  16. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
  17. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933>
  18. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)
  19. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud y se adopta el modelo de acción integral territorial. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)
  20. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y

- operativos de las rutas integrales de atención de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
21. Lucumí D. Salud pública en Colombia: aportes de política y gestión tras 30 años de reformas. *Apuntes de Gestión y Políticas Públicas*. 2020;(5);1-18. Disponible en: <https://gobierno.uniandes.edu.co/sites/default/files/books/AGPP/AGPP-05.pdf>
  22. Gobernación de Antioquia Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. *Lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en el departamento de Antioquia*. Medellín: Universidad Antioquia; 2010. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/733-libro-lineamientos-promocion-salud/>
  23. Petro G y Márquez F. Colombia, potencia mundial de la vida. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; noviembre de 2022.
  24. Restrepo Zea J H. Corrupción en salud: ¿existe una cura para la enfermedad? *UN Periódico*. Publicación de la Universidad Nacional de Colombia. Corrupción en Colombia. Un mal que nace, crece, se reproduce y nunca muere [Especial]. 05 de diciembre de 2020. Disponible en: [http://unperiodico.unal.edu.co/corrupcion/index.php?id=5&tx\\_news\\_pi1%5Bnews%5D=40&tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=6fd22a26c435af165702061748a6d48b](http://unperiodico.unal.edu.co/corrupcion/index.php?id=5&tx_news_pi1%5Bnews%5D=40&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=6fd22a26c435af165702061748a6d48b)
  25. Etienne C F, Fitzgerald J, Almeida G, Birmingham M E, Brana M, Báscolo E, et al. COVID-19: Transformative Actions for More Equitable, Resilient, Sustainable Societies and Health Systems in the Americas. *BMJ Glob Health*. 2020; 5(8): 003509. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003509
  26. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
  27. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
  28. Gómez-Arias R D, Nieto E. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014;31(4):733-9. <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n4/733-739/es>
  29. Mesa Antioquia por la Transformación del Sistema de Salud. Propuesta presentada a la Misión Express para reformar el Sistema General de Participaciones – SGP, con-

- vocada por USAID, la Federación Colombiana de Departamentos y la Federación Colombiana de Municipio. 15 y 16 de marzo de 2017. Disponible en: <https://www.aesa.org.co/consensos-para-la-transformacion-del-sistema-de-salud-en-colombia/>
30. Molina Marín G, Ramírez Gómez A y Ruiz Gutiérrez A M. Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso y Letra Editores; 2014.
  31. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1454 de 2011. Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial en Colombia. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/marcos-regulatorios/ley-organica-de-ordenamiento-territorial-de-colombia>
  32. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151 288 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf)
  33. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 617 de 2000. Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la ley orgánica de presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3771>
  34. Naciones Unidas. CEPAL. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2018. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf)
  35. Gobernación de Antioquia. Agenda Antioquia 2040. Unidos construimos nuestro futuro. Indicadores de la línea de base. Versión 1: 2021. Disponible en [https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2021/12/Publicacion\\_3\\_Linea\\_Base-1.pdf](https://agendaantioquia.com/wp-content/uploads/2021/12/Publicacion_3_Linea_Base-1.pdf)
  36. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema general de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
  37. Ministerio de Salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS- orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>

38. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 1005 de 2022. Por la cual se reglamenta la Comisión Intersectorial de Salud Pública. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%201005%20de%202022.pd](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%201005%20de%202022.pd)
39. Apraez G. Evaluación de la atención primaria de la salud en Colombia como política de salud (1939-2008). Estudio de caso [Tesis de doctorado]. [Bogotá]. Universidad de Nacional de Colombia, 2010. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/70450/597387.2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Mosquera Méndez P A, Granado Hidalgo G, Vega Romero R. La estrategia de Atención Primaria en Salud (AAPS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud. *Revista Gerenc. Polit. Salud.* 2008; 7(14): 88-109. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2682>
41. Betancurth-Loaiza D P, Vélez-Álvarez C, Sánchez Palacio N, Jaramillo-Ángel C P. Atención Primaria Social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa. *Salud UIS.* 2022; 54: e22016. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22016>

## Objetivo 2: Capacidad resolutive, Atención Primaria en Salud y tecnologías de la información y la comunicación

*Dr. Erwin Hernando Hernández Rincón<sup>1</sup>*

*Dr. Rafael de Jesús Tuesca Molina<sup>2</sup>*

### Análisis de la situación

Colombia cuenta con un marco normativo general que prioriza a la Atención Primaria en Salud como eje del sistema, sin embargo, esta orientación no es totalmente conocida ni implementada en todo el país.

En los últimos años, Colombia ha tenido variaciones en su perfil epidemiológico, presentando un incremento de las enfermedades crónicas no

---

1. Médico. Máster en Gobierno y Dirección del Sistema Sanitario. Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria. Doctor en Investigación Clínica. Docente Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Miembro del grupo de investigación Medicina Familiar y Salud de la Población, de la misma universidad. Miembro de la Asociación Colombiana de Salud Pública, la Organización Internacional de Telemedicina y Telesalud y el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Colombia. Correo electrónico: erwinhr@unisabana.edu.co

2. Médico cirujano. Magíster en Epidemiología y Salud Pública. Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor en Estudios Históricos y Sociales sobre Ciencia, Medicina y Comunicación Científica. Profesor asociado de la División de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. Coordinador Académico del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS Colombia Nodo Norte. Miembro del Grupo de Investigación Proyecto UNI Barranquilla, Universidad del Norte. Miembro de ALASAG (Alianza Latinoamericana de Salud Global), REDSACSIC (Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural) y Grupo de Investigación ScienceFlows, Universidad de Valencia (España). Correo electrónico: rtuesca@uninorte.edu.co

trasmisibles, pero sin superar a las enfermedades de tipo infeccioso (1): la isquemia cardíaca y la enfermedad cardiovascular se presentan como las principales causas de mortalidad en el país, las enfermedades crónicas son más frecuentes en población de adultos y adultos mayores, y las infecciosas en edades tempranas (2). Esta variación del grupo de enfermedades es propia de procesos de transición epidemiológica y demográfica en donde se presentan cambios en indicadores de salud (mortalidad, natalidad, fecundidad, tamaño de la población o expectativa de vida) que repercuten en la presentación del grupo de enfermedades que afectan a una población (3).

Dadas las características del país, donde las enfermedades crónicas coexisten en igual proporción junto a las infecciosas, y sumado a las lesiones traumáticas y relacionadas con la violencia, se establece que Colombia está en un proceso llamado estancamiento epidemiológico, y requiere acciones de salud que sean orientadas a este tipo de particularidades e incidan sobre los determinantes sociales de la salud (1,2).

De este modo, las enfermedades crónicas no trasmisibles, al igual que las infecciosas, son susceptibles de evitarse o mitigarse mediante la atención integral, la cual consiste en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la educación, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación (4,5).

Así mismo, en los últimos años, muchos países en el mundo se han caracterizado por tener sistemas de salud centrados en atención curativa especializada, enfocada en la prestación de servicios por grupos de enfermedades, lo que beneficia los intereses comerciales sobre los colectivos (6). Este es el caso del sistema de salud colombiano, que ha favorecido un modelo de atención curativa centrado en los servicios hospitalarios, basado en los especialistas y bajo el modelo de la teoría del libre mercado –factores que limitan el acceso universal en salud y, por consiguiente, generan inequidades en el financiamiento y acceso del sistema–, y no ha promovido una atención centrada en las personas y el mejor establecimiento de la salud en las comunidades (7,8). En general los sistemas de salud desde la década de los setenta han priorizado la asignación de recursos para el componente de los servicios de salud sobre los demás determinantes de la salud (ambiente y estilo de vida), los cuales pueden significar más del

60 % de la influencia sobre las enfermedades comunes y el mantenimiento de la salud de las personas, siendo el principal de ellos, el estilo de vida (9,10,11).

Del mismo modo en Colombia, en 2011, mediante la Ley 1438 se adopta un enfoque basado en Atención Primaria en Salud (APS) cuyo objetivo es favorecer la resolución de las principales necesidades en salud presentes y a futuro, y subsanar inconsistencias y vacíos presentados en el pasado. Esto teniendo como base para el establecimiento de prioridades en el país: la prevalencia e incidencia de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil, la incidencia de enfermedades de interés en salud pública, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y precursoras de alto costo, la incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles, y el acceso efectivo a la salud (12).

Por tanto, esta norma posibilita un modelo basado en APS que pueda avanzar en el abordaje de las principales prioridades de salud del país, modelo que sugiere hacer énfasis en acciones de salud pública, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; en acciones intersectoriales, en una cultura del autocuidado, en orientación individual, familiar y comunitaria; en atención en salud integral, integrada y continua, en la interculturalidad, en un recurso humano de excelente calidad, en el fortalecimiento de la baja complejidad (resolutive), en la participación activa de la comunidad, en un enfoque territorial, y en equipos básicos de salud. A la fecha este modelo no se conoce por múltiples actores del sistema (hospitales, profesionales de la salud y comunidad) y solo se ha implementado por pocos (12,13,14).

De acuerdo con la normatividad, se debe favorecer un modelo que pueda llegar a la comunidad mediante un abordaje territorial que fomente una cultura del autocuidado y permita resolver las principales necesidades y problemáticas en salud de la población, destacando la prevalencia de las enfermedades crónicas y las enfermedades infecciosas.

Por otro lado, en 2012 se realizó una investigación liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el fin de sistematizar experiencias desarrolladas en Colombia con relación al tema de APS y Redes Integradas. Esta sistematización se realizó con metodologías cualitativas (entrevistas a profundidad y grupos focales, bajo un proceso de evaluación rápida, sumado a revisión documental de

las experiencias y de referentes teóricos) (15). La sistematización recopiló información de los municipios de Tunja, La Dorada (Caldas), Bucaramanga, Cali, Medellín, Manizales, Bogotá y Barranquilla. Dentro de las principales enseñanzas y lecciones aprendidas se identifican:

1. Existen un desconocimiento en la población y de los funcionarios de direcciones locales de salud y hospitales sobre la conceptualización y puesta en práctica de iniciativas basadas en APS.
2. El abordaje conceptual se debe realizar desde los lineamientos de la APS renovada (2005).
3. La APS es entendida desde la equidad, el desarrollo social y la participación comunitaria.
4. Posterior al entendimiento de lo que significa la APS, los entrevistados reconocen la importancia y posibilidades que ella tiene en cada uno de sus entornos.
5. Se reconoce la importancia de la articulación academia, población, sector público y hospital.
6. En general, las experiencias se centraron en APS a nivel de las instituciones de salud y los equipos básicos de salud.
7. Se destaca la experiencia de Bogotá, con su programa Salud a su Casa, en donde el equipo adicional al personal hospitalario es conformado por agentes comunitarios.

La importancia de la experiencia del Ministerio de Salud y Protección Social consiste en la generación de mayores insumos y conocimientos para la adaptación a un entorno propio y, de esta manera, realizar el ajuste metodológico necesario. Por último, esta experiencia resalta principalmente el modelo de APS y la relación del entorno hospitalario con otros sectores.

Como se mencionó en la metodología, para este objetivo se realizó una revisión rápida y breve de la literatura sobre la resolutiveidad y el acceso a los servicios de salud desde la Atención Primaria de Salud y mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicación en salud; allí se destaca lo siguiente:

Para iniciar, desde la Declaración de Alma Ata se describe como la APS se concibe como una atención integral y esencial para la población, siendo el primer contacto entre los individuos, las familias y las comunidades al sistema de salud de cada país, como también el “eje central y foco principal” del sistema, ampliando con ello el modelo médico tradicional mediante la inclusión de factores sociales y económicos. En la APS se destacan cuatro atributos como parte fundamental del proceso de atención (16,17,18):

1. Accesibilidad (eliminación de barreras y puerta de entrada al sistema) .
2. Coordinación (de acciones y entre niveles).
3. Integralidad (mayoría de problemas de salud desde acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad).
4. Longitudinalidad (continuidad en la atención e integración con otros entornos).

En el mismo sentido, como ya se mencionó, la APS está orientada a resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, lo cual no se limita al primer nivel de atención, si no que, por el contrario, debe integrar otros niveles y a la población (5,19):

Ahora bien, entender la integralidad de salud y enfermedad en la práctica requiere del restablecimiento del balance entre la atención en salud (volver a introducir la promoción de la salud) y la intervención de la enfermedad (prevención de la enfermedad en todos sus niveles: educación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación), ya que no es posible separarlos debido a la relación entre uno y otro y su vínculo con los determinantes de la salud para su abordaje integral (20).

Es así como la OMS define a la promoción de la salud, en 1986, en su Primera Conferencia de Promoción de la Salud (Ottawa), como el proceso de permitir a la gente aumentar el control sobre su salud, y mejorar la salud, definida la salud como un recurso para la vida diaria (20). Para esto se requieren condiciones fundamentales y recursos para la salud, como la educación, la vivienda, la paz, el alimento, los ingresos, un ecosistema estable, unos recursos sostenibles, la justicia social y la equidad, entre otros (21,22, 23).

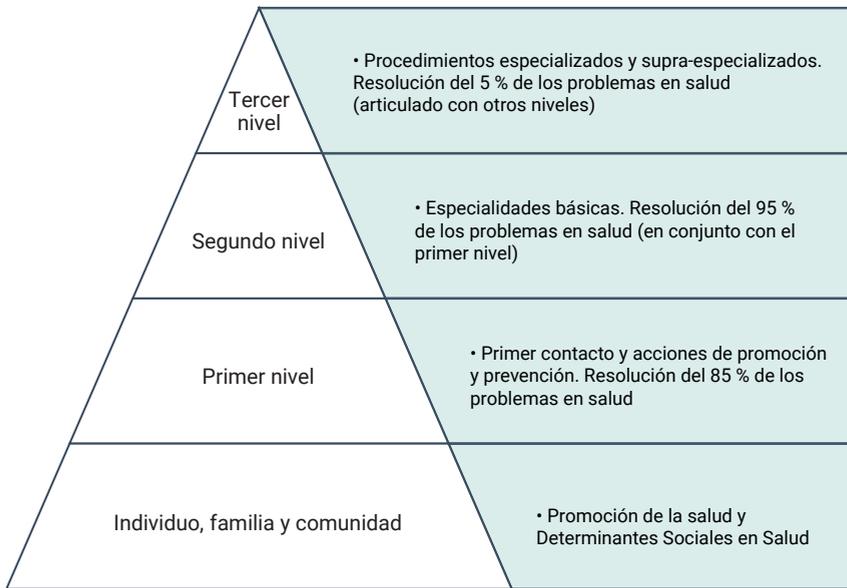


Figura 11. Acciones por niveles de atención

Fuente: Elaboración propia

Para alcanzar la promoción de la salud se plantearon cinco estrategias: políticas públicas saludables, entornos saludables, empoderamiento comunitario, habilidades personales y servicios de salud hacia la promoción de la salud (24,21):

### **Estrategias de promoción de la salud**

*Elaboración de políticas públicas saludables:* incluir el enfoque de los determinantes de la salud en equidad en todas las áreas de la política. El principal objetivo de las políticas saludables es el de crear un entorno saludable para permitirle a la población vivir saludablemente.

*Creación de ambientes o entornos saludables:* crear entornos dignos en donde se promueva la salud, teniendo en cuenta el lugar de vivienda, trabajo, estudio o recreación de las personas.

*Refuerzo de acción comunitaria:* Incentivar en las comunidades el empoderamiento, el sentido de pertenencia y el control sobre su salud y calidad de vida.

### Estrategias de promoción de la salud

*Desarrollo de aptitudes personales:* favorecer el desarrollo personal y social con la provisión de información, la educación para la salud y el incremento de las habilidades para la vida (cultura del autocuidado).

*Reorganización de los servicios de salud a la promoción de la salud:* Orientar la prestación de los servicios de salud no solo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino también a la inclusión de la promoción de la salud, integrando individuos, comunidad, profesionales de la salud e instituciones de salud.

Posterior a la Primera Conferencia de 1986, las siguientes tres conferencias (1988-1997) se centraron en profundizar en el desarrollo y entendimiento de estas cinco estrategias. Ya desde la Quinta Conferencia de Promoción de la Salud (2000) hasta la actual (2021), la discusión se ha centrado en entender los elementos necesarios que subyacen a las cinco estrategias, necesarios para avanzar hacia la promoción de la salud en consideración a las condiciones y realidades del momento. En total, desde 1986 hasta 2016 se han programado nueve conferencias, mismas que se han centrado en temas específicos como definición de promoción de la salud, definición de políticas públicas saludables, elementos de un entorno saludable, efectividad de la promoción de la salud, necesidad de salud pública basada en la evidencia, relación entre promoción de la salud y desarrollo, vínculo entre promoción de la salud y objetivos de desarrollo sostenible, entre otros (25,26,27,28).

Para el contexto específico de Colombia, la promoción de la salud se ha invisibilizado, pues se ha enfocado la salud solo en la intervención de las enfermedades, por lo cual se requiere fortalecimiento en la diferenciación entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como también en el desarrollo de esfuerzos que permitan su implementación basados en las características del sistema de salud (29).

Con respecto a la prevención de la enfermedad, esta se concibe como la implementación de las medidas necesarias para evitar la aparición y progresión de la enfermedad, mediante la intervención de los factores desencadenantes y la identificación temprana, con el consecuente manejo de las enfermedades. La prevención de la enfermedad se presenta como complemento de la promoción

de la salud, ambos elementos necesarios para mantener a la población saludable; pero, desde el ámbito asistencial, solo se da prioridad al diagnóstico de las enfermedades, muchas veces en estadios avanzados, desde un abordaje supra especializado hospitalario, lo cual limita la resolución de los problemas y necesidades en etapas tempranas o el mantenimiento de la salud en la población (5,23,30,31).

Es necesario advertir que la prevención de la enfermedad tiene varios periodos que están organizados desde la historia natural de la enfermedad (evolución de las enfermedades) y que inicialmente se organizaron en tres niveles (primaria, secundaria y terciaria), pero, con el devenir del tiempo, surgieron dos niveles complementarios (primordial y cuaternaria); estos niveles son necesarios para brindar una atención integral en salud (5,22,23,30,31,32):

Nivel de prevención	Definición
Primordial (22,23)	Este nivel se conoce como el de la prevención de manera anticipada y de manera integral mediante la intervención de los determinantes de la salud y los factores de riesgo de las enfermedades. En este nivel, por ejemplo, se realizan actividades de manera temprana (infancia y adolescencia) para evitar enfermedades futuras en toda la población, por ejemplo, desde la actividad física con sentido y la alimentación adecuada.
Primario (5,22,23)	Este nivel está enfocado en evitar la aparición de enfermedades en la población en riesgo, esto mediante la intervención de los factores de riesgo o la protección específica a la población vulnerable. En este nivel se pueden implementar actividades como educación mediante campañas, control ambiental, mejoramiento de los servicios públicos o plagas, y vacunación.
Secundario (5,22,23)	Este nivel está orientado al diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las enfermedades para evitar o mitigar su progresión. En ese nivel es en donde se implementan las pruebas de tamizaje.
Terciario (5,22,23)	Este nivel está centrado en rehabilitar o paliar las enfermedades con el objetivo de disminuir las secuelas o discapacidades, mejorar la calidad de vida y reincorporar de la mejor manera al individuo a su entorno familiar, social o laboral.

Nivel de prevención	Definición
Cuaternario (33,34)	En este nivel se apunta a evitar el intervencionismo médico innecesario o excesivo, con el fin de reducir el incremento innecesario del gasto de los recursos del sistema de salud. En otras palabras, la prevención de los gastos innecesarios mediante la gestión clínica.

Por otra parte, debido a los problemas de fragmentación de los servicios de salud en las Américas (dificultades en el acceso y prestación de servicios de salud, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, y la poca satisfacción del sistema por parte los usuarios), resulta relevante establecer servicios de salud organizados y basados en la APS como estrategia fundamental, y así dar cumplimiento a las metas de salud a nivel mundial y a nivel de cada país (35,36). Por ese motivo, desde la OPS, se consideró entre 2009-2010 a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como una expresión operativa a nivel hospitalario de la APS (35).

Para esto, la OPS plantea 14 atributos de las RISS, organizados por ámbitos y orientados a mejorar el acceso y resolutiveidad en la atención de salud (36):

### Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

#### Modelo asistencial:

Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de las necesidades y preferencias en cuestiones de salud que determinan la oferta de servicios de salud.

Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado.

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.

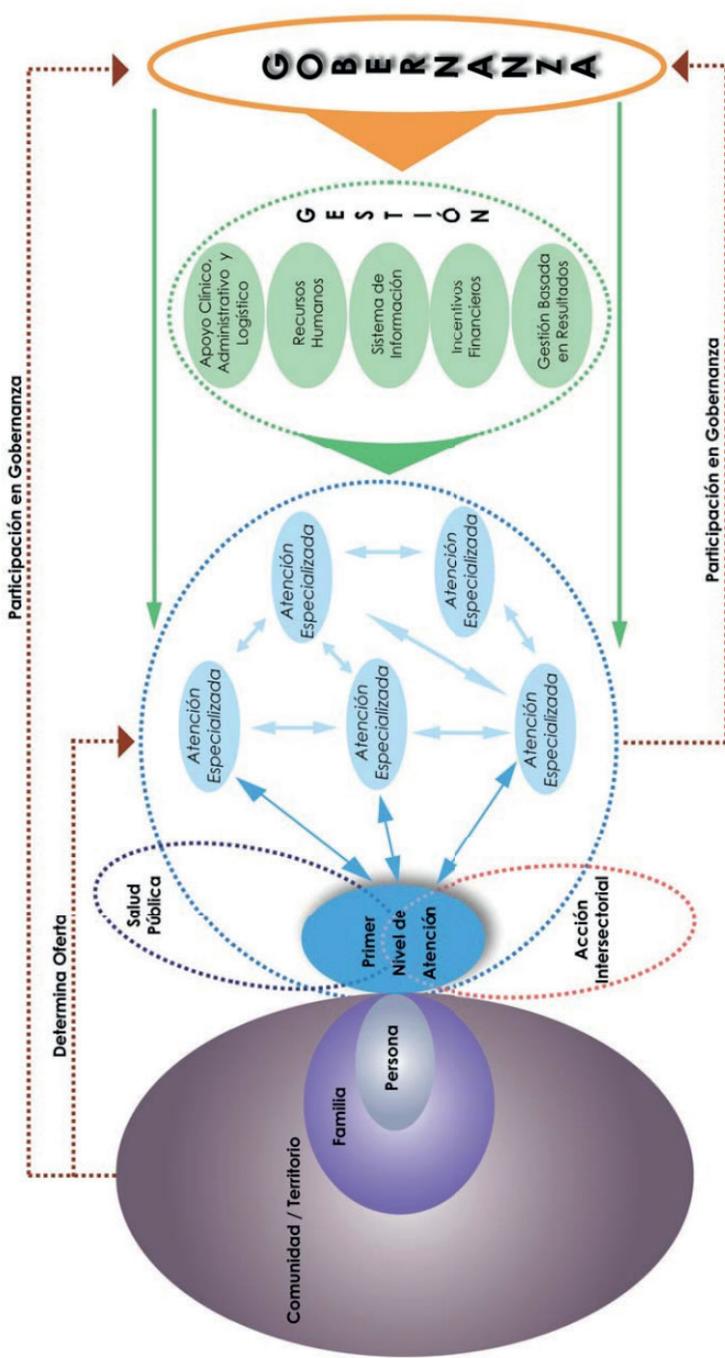


Figura 12. Representación gráfica de los atributos esenciales de las RISS

Fuente: Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, Washington, DC. OPS, 2010)

### **Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**

Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población.

#### **Gobernanza y estrategia:**

Un sistema de gobernanza único para toda la red.

Participación social amplia.

Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

#### **Organización y gestión:**

Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.

Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

Gestión basada en resultados.

#### **Asignación de incentivos:**

Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

---

Al respecto de lo anterior, la normativa del país (Ley 1438 del 2011, Ley 1751 del 2015, Planes Decenales de Salud Pública 2012 al 2031 y Política de Atención Integral) han considerado a la APS como una estrategia para garantizar la atención integral en salud, mejorar la resolutive en la atención y superar las barreras de acceso a los servicios de salud.

No obstante, en los últimos años en Colombia, a pesar de que el aseguramiento ha estado por encima del 90 %, el acceso efectivo a los servicios de salud es limitado debido a la falta de capacidad instalada (déficit de camas), la baja calidad de los servicios de salud y la persistencia de barreras de acceso. Además, el retraso del pago de las aseguradoras a los prestadores genera problemas financieros en estos, lo que conlleva el cierre de servicios de salud menos rentables, como pediatría y ginecoobstetricia, y también la inversión por parte de los prestadores en servicios supra-especializados con la mejor tecnología y de mayor rentabilidad. Lo anterior procura servicios de salud sin la capacidad suficiente para ser integrales y resolver los principales problemas y necesidades de la población (37).

Además, dentro los principales factores que limitan la coordinación intrainstitucional entre los servicios están: el inadecuado flujo de información clínica entre distintos niveles, las pocas capacidades y actitudes para el trabajo colaborativo por parte del talento humano, y la poca adherencia a mecanismos de gestión clínica definidos. Así mismo, dentro de los principales factores a nivel interinstitucional hay problemas en la implementación de políticas públicas regulatorias en los procesos de contratación entre aseguradores y prestadores, ausencia de implementación y cumplimiento de los elementos de atención integral, y ausencia de mecanismos regulatorios sobre la implementación de la gestión clínica y el uso de las guías de práctica clínica (38).

Por otra parte, el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) aplicadas a la salud han demostrado ser una alternativa eficiente para mejorar el acceso a los servicios de salud en zonas apartadas y de difícil acceso, lo cual se conoce como telesalud. Ya desde el marco internacional, antes de la pandemia, la telesalud tenía avances importantes y había definido elementos operativos y tecnológicos para su implementación; pero la emergencia sanitaria por Covid-19 optimizó los procesos y mejoró la cobertura ante la coyuntura. En Colombia, la telesalud también ha avanzado, ya que está reglamentada desde el 2007, pero, al igual que en las experiencias internacionales, la pandemia aceleró su implementación y se consideró como una alternativa para atender a la población y superar el temor frente al contagio (con tecnología sencilla) entre pacientes y personal sanitario; esto último fue posible ya que, por la emergencia sanitaria, el Decreto 538 del 2020 flexibilizó temporalmente la prestación de servicios bajo esta modalidad, emergencia que finalizó el 30 de junio de 2022 junto con la normativa generada (39).

Ahora, entre los resultados de la encuesta mencionada en la metodología de este objetivo se destaca que para la mayoría de los profesionales provenientes de municipios PDET (Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial) hay ausencia de servicios básicos como urgencias, consulta externa u hospitalización (>40 % de las respuestas), incluso, en más del 70 % de los municipios faltan las especialidades básicas de medicina familiar, medicina interna, cirugía o pediatría (FIGURA 13).

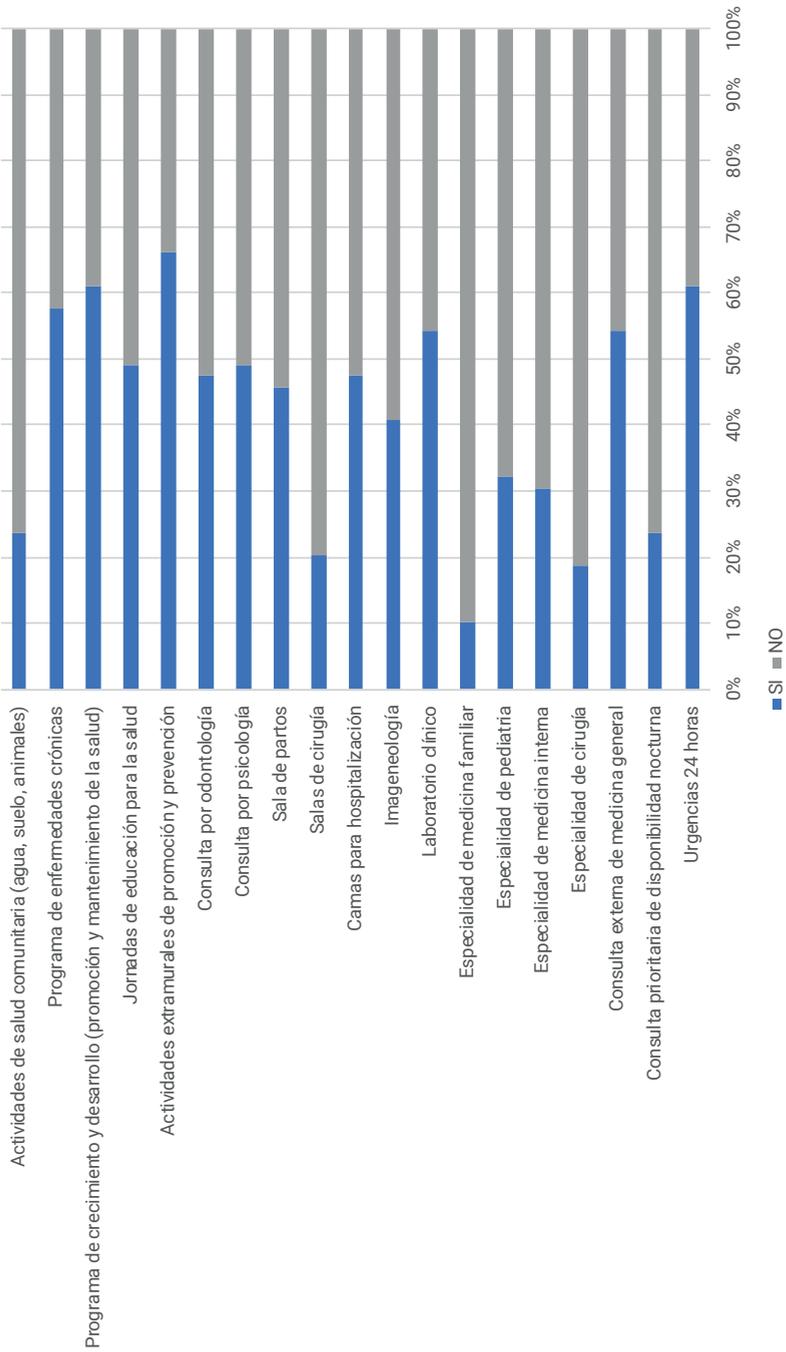
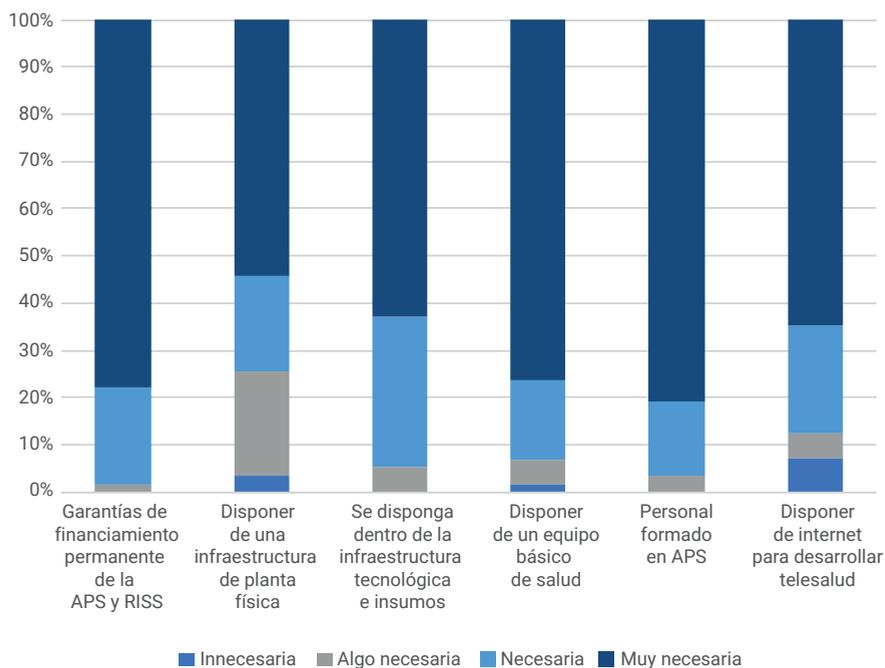


Figura 13. Servicios de APS que ofrece el territorio (n=59)

Fuente: Elaboración propia

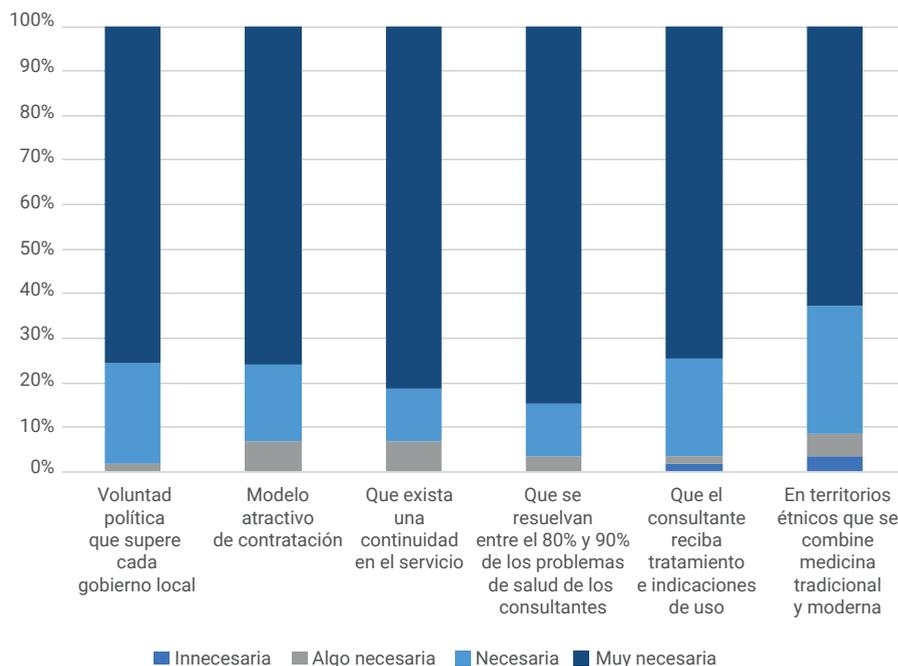
Así mismo, con respecto a las necesidades en los territorios, los encuestados consideraron (>80 %) la relevancia de mejorar la capacidad resolutive y la continuidad de la atención en salud, como también el mejoramiento de los procesos de contratación al talento humano (>75 %). Cabe destacar que más del 65 % de los encuestados consideró como un elemento necesario disponer insumos para el funcionamiento del sistema y para tecnología (conexión) que permita brindar servicios de telesalud (FIGURAS 14 y 15).

En el análisis realizado a las respuestas de las entrevistas se encontró que todos los participantes de la zona rural manifestaron problemas para acceder a los servicios de salud de la zona, por lo que tenían que aprovechar la visita a la zona urbana para tratar de resolver sus principales problemas de salud. En el mismo sentido, los funcionarios de la institución manifestaron que se percibía una mayor dificultad para el acceso a los servicios por parte de las personas de zonas rurales.



**Figura 14.** Características para implementar la Atención Primaria 1 (n=59)

Fuente: Elaboración propia



**Figura 15.** Características para implementar la Atención Primaria 2 (n=59)

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, al indagar sobre la telemedicina (consulta por teléfono o videollamada), los pacientes o sus acompañantes mencionaron que durante los primeros picos de la pandemia las consultas por este tipo fueron fundamentales para continuar con el seguimiento y tratamiento de sus enfermedades, y que este tipo de atención, que era nueva para ellos, les permitió superar sus dudas sobre el manejo de las enfermedades. Al respecto, los funcionarios también manifestaron que, en efecto, la telemedicina fue muy útil para la formulación de medicamentos y, principalmente, para el seguimiento de enfermedades de tipo crónico (hipertensión, diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Así mismo, que después de los dos primeros picos por la pandemia, en algunos casos se continuó con la atención con esta modalidad.

Entre las dificultades, en los pacientes ubicados en zonas rurales se identificaron problemas de conexión principalmente para las videollamadas, y eventualmente para las llamadas telefónicas, dato de importancia debido a que algunos municipios quedan ubicados a 20 minutos de Bogotá (capital del país).

Igualmente, al preguntar sobre la preferencia de esta modalidad de atención, las respuestas de los pacientes fueron variables, ya que, a pesar de sus beneficios, después del levantamiento de la emergencia sanitaria algunos pacientes consideraron que era mejor la atención presencial, en cambio otros, principalmente los provenientes de zonas rurales o pacientes con problemas de movilidad, consideraron que la telesalud debería seguir implementándose por los beneficios que les genera.

Al respecto, los funcionarios manifestaron que después del levantamiento de la emergencia sanitaria, que flexibilizó la atención por esta modalidad, ya no pudieron seguir haciendo telesalud y los equipos se almacenaron, pues no cumplían con las condiciones de habilitación (licencia de funcionamiento) que exigen tener la formación del personal (los procesos formativos en telemedicina son algo costosos y no hay mucha oferta), además de requerirse proveedores tecnológicos (quienes pueden llegar a cobrar más de lo que se paga por paciente, sin posibilidad de margen de ganancias para la institución, además de tener monopolizado el mercado debido a que son muy pocos proveedores).

En los resultados del grupo focal, los participantes resaltan la importancia de formar médicos más competentes que puedan ser capaces de resolver los problemas más prioritarios de la población. Para esto, el papel de las universidades es necesario, pues orientan la formación para mejorar los procesos de gestión del riesgo y brindar una atención integral de la enfermedad desde la educación, la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación de las condiciones más frecuentes en el contexto de actuación. En el mismo sentido, se menciona la importancia de redefinir el rol de la comunidad, por cuanto los profesionales sanitarios deben tener una mayor comprensión de su población y sus determinantes sociales, como también la comunidad debe adquirir mayores habilidades para el cuidado de su salud y el empoderamiento colectivo orientado a la resolución de sus problemáticas; así pues, los profesionales sanitarios se deben conectar más con la población,

pero requieren desde su formación una orientación y una exposición hacia la comunidad.

Así mismo, se considera que debe haber un cambio en la estructura administrativa de la prestación de los servicios de salud de manera que permita un mayor desempeño de los médicos en los distintos niveles de la historia natural de las enfermedades más frecuentes; para eso, como ya se mencionó, junto con el cambio administrativo, los médicos deben mejorar sus competencias a fin de ser más resolutivos desde el primer contacto con los pacientes, sus familias y comunidades. Al mismo tiempo, se considera que la especialidad que más se ajusta a estos elementos es la medicina familiar, especialidad médica que mejor comprende y aplica los atributos de la Atención Primaria en Salud. Por esto, el médico familiar debe tener un rol central en el sistema; sin embargo, ante su ausencia, es necesario reconocer que otros profesionales del equipo interdisciplinar con formación integral podrían asumir el liderazgo de estos equipos e incluso, según las necesidades, los liderazgos podrían ser rotativos. Igualmente, adicional a la redefinición del rol y al fortalecimiento del médico general, se considera importante la integración con otros profesionales de la salud en el proceso integral de salud y enfermedad, los cuales deben tener una mayor orientación hacia la Atención Primaria en Salud, como también una mayor articulación interprofesional e interdisciplinaria. Al respecto, al igual que el médico familiar, se destaca el rol de los profesionales de enfermería, quienes, en otros sistemas de salud, asumen un mayor liderazgo y funciones de articulación entre otros profesionales.

Por otro lado, los participantes destacaron el potencial que tiene la integración de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) a los procesos de atención en salud en que su uso permite ofrecer alternativas de telesalud a la población (entendiendo la telesalud como telemedicina y teleeducación en salud). Así mismo, reconocieron los beneficios de la telesalud, modalidad que se impuso durante la pandemia, en la cual tanto personal sanitario como pacientes pudieron tener la experiencia con esta modalidad y cambiar su percepción sobre ella. Es importante que el país mejore la conexión a Internet y la telefonía en todo el territorio nacional, así los mayores beneficiados por esta modalidad de atención serían los que están en peores condiciones de conectividad.

Continuando con la discusión sobre la telesalud, los participantes reconocen que desde las universidades se debe incluir esta modalidad como parte de la práctica formativa de los profesionales en salud (tanto en pregrado, como en posgrado y educación continuada); pero, además, las universidades podrían asumir un rol como operador de esta modalidad en comunidades de influencia y en otras en las que se necesite, ya que esto posibilita mejorar los procesos de docencia-servicio y garantizar la sostenibilidad y continuidad de la telesalud en la población.

Por otra parte, se reconoce que las condiciones sociales, educativas y económicas del país son diversas, lo que hace importante reconsiderar las normas de habilitación de los servicios de salud, incluyendo la modalidad de telesalud, para ayudar a mejorar la capacidad instalada, adaptar mejor los servicios a las comunidades y, también, como en el caso de la telesalud, contribuir a incursionar en otras alternativas que demostraron ser útiles durante la pandemia.

Para finalizar, los entrevistados mencionaron la importancia de incorporar elementos que permitan implementar mejor la Atención Primaria en Salud, tales como una mayor orientación hacia la comunidad y la conformación de modelos de redes integradas; para esto, se requiere una mejor formación en comunidad y en el trabajo en red, como también una mejor caracterización de los problemas y necesidades en salud de la población para, así, adaptar la prestación de los servicios a la realidad y las condiciones locales.

La Organización Panamericana de la Salud ha publicado en 2021 la tercera versión de la lista de dispositivos médicos prioritarios (LDMP) para el primer nivel de atención, elaborada de acuerdo con la realidad epidemiológica de los países de la región de las Américas y adaptada al contexto de la pandemia por Covid-19. Este documento incentiva a los países para mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, e incluye en su tercera versión una lista principal (223 dispositivos médicos), un módulo de diagnóstico por imágenes (30 dispositivos médicos), un módulo de laboratorio (29 dispositivos médicos) y un módulo de odontología (69 dispositivos médicos). Esta propuesta permite comprender que en cada territorio debe existir una capacidad resolutive interconectada con los otros niveles de atención para garantizar el acceso a los servicios.

## Propuesta

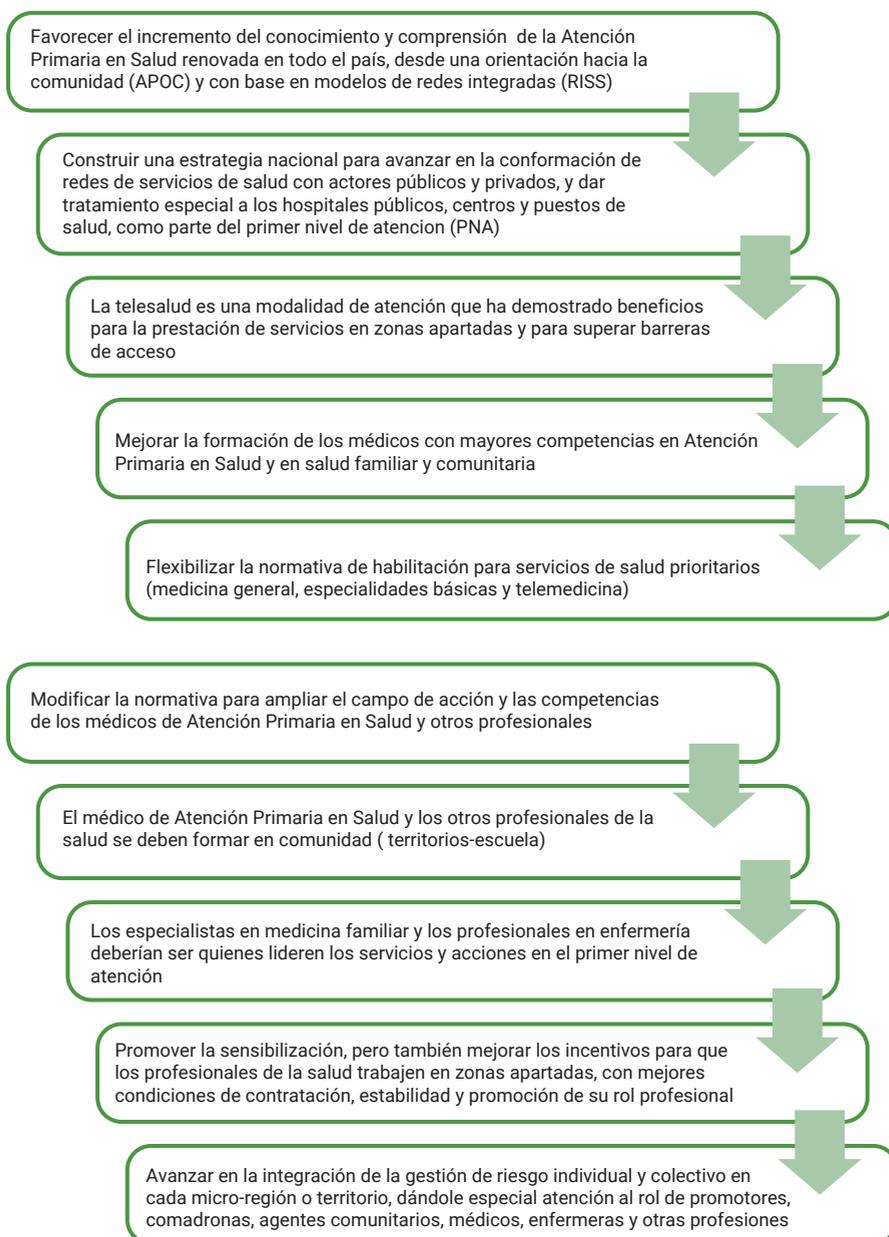
A continuación, se presentan las bases para una propuesta general de mejoramiento a la capacidad de resolución del sistema de salud que tiene en cuenta que la Atención Primaria en Salud en Colombia no solo debe enfocarse en el fortalecimiento hospitalario, sino también tener una orientación comunitaria y familiar que, para algunos autores, se conoce como Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) o salud comunitaria:

1. Mejorar la comprensión de la Atención Primaria en Salud desde una orientación hacia la comunidad y con base en modelos de redes integradas a todos los actores del sistema.
2. Implementar el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud propuesto por la OPS como una alternativa para mejorar el acceso efectivo y contribuir a la cobertura universal de servicios de salud.
3. Propiciar una mejor integración y reconocimiento de todos los niveles de atención con el primer nivel de atención.
4. Consolidar el uso de la telesalud (telemedicina y teleeducación) como una modalidad de atención complementaria que ha demostrado beneficios para la prestación de servicios en zonas apartadas, como también, para superar barreras de acceso a la atención.
5. Mejorar la formación de los médicos generales y de otros profesionales de la salud mediante el desarrollo de mayores competencias en Atención Primaria en Salud y en salud familiar y comunitaria, con énfasis en calidad y oportunidad en la atención médica; para ello es necesario el acompañamiento y el trabajo articulado con las universidades a fin de generar procesos de transformación curricular.
6. Modificar la normativa para ampliar el campo de acción y las competencias de los médicos de Atención Primaria en Salud y de otros profesionales de la salud que deben formarse en los campos de práctica comunitaria.
7. Los especialistas en medicina familiar y los profesionales en enfermería deberían ser quienes lideren el sistema de salud, sin negar la posibilidad de

que otras profesiones de ciencias de la salud o sociales puedan asumirlas según el caso.

8. Promover la identificación e intervención de necesidades de la salud sobre las inequidades y los determinantes sociales en salud, como también la implementación y el uso de herramientas desde la salud familiar y comunitaria. Para ello, la población debe asumir un papel más activo y propositivo en la identificación y resolución de los problemas de salud de su comunidad.
9. Flexibilizar la normativa de habilitación para servicios de salud prioritarios (medicina general, enfermería, odontología, especialidades básicas, y telemedicina).
10. Fortalecer institucionalmente al primer nivel de atención como fase inicial de un proceso escalonado, para luego articular con los otros niveles según contextos y territorios.
11. Mejorar las condiciones profesionales del personal sanitario en Colombia, desde mejores condiciones salariales y de contratación, promoción de un mayor prestigio profesional, hasta la actualización profesional continua y permanente y el mejoramiento de los incentivos para que los profesionales de la salud trabajen en zonas apartadas.
12. Avanzar en la integración de la gestión de riesgo individual y colectivo en cada microrregión o territorio, dándole especial atención al rol de promotores, comadronas y agentes comunitarios, así como de médicos, enfermeros y otros profesionales.
13. Reconocer e incentivar el rol de la academia como potencial transformador para el cambio del sistema de salud desde la formación del personal sanitario en competencias de Atención Primaria en Salud, así como también con la armonización con los tomadores de decisiones para la concertación de competencias, y los aportes desde proyectos de investigación, innovación, desarrollo y proyección social en sus comunidades de influencia.
14. Incluir otros sectores (ministerios): Educación, Tecnologías de Información y Comunicación, Trabajo, y Ciencia, Tecnología e Innovación, entre otros, para mejorar la resolutiveidad y mejorar la implementación de la Atención Primaria en Salud.

En la FIGURA 16 se resumen las recomendaciones.



**Figura 16.** Recomendaciones para mejorar la capacidad resolutiva de la APS

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, se recomienda apoyar la generación de modelos e innovaciones tecnológicas y de competencias acordes con las normas de habilitación progresivas para dar paso al mejoramiento de capacidades en los territorios más vulnerables y favorecer el crecimiento de escenarios diferenciados en infraestructura, equipos de salud, tecnologías e insumos estratégicos (FIGURA 17).



**Figura 17.** Modelos e innovaciones tecnológicas y competencias para garantizar el crecimiento progresivo de la capacidad resolutive

Fuente: Elaboración propia

## Plan operativo

En el siguiente cuadro se presentan las actividades y los indicadores propuestos para mejorar la capacidad de resolución del sistema de salud, en una versión detallada y más específica:

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>1. Colombia cuenta con un marco normativo general que prioriza a la Atención Primaria en Salud como eje del sistema, sin embargo, esta orientación no es totalmente conocida ni implementada en todo el país.</p>	<p>Sensibilizar a todos los actores del sistema de salud sobre el significado de la Atención Primaria en Salud, sus elementos operativos y su contribución con el bienestar, la calidad de vida y la atención de salud de la población.</p> <p>Fortalecer el cuidado de la salud y la vida de la comunidad con énfasis en la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, garantizando un uso racional de los servicios de hospitalización y ayuda diagnóstica.</p> <p>Incentivar en el talento humano en formación y en ejercicio el reconocimiento de la Atención Primaria en Salud y sus beneficios para promover, mantener y recuperar la salud de la población.</p> <p>Desarrollar competencias en los tomadores de decisiones a nivel local sobre Atención Primaria en Salud.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> nivel de conocimiento (alto, medio, bajo) del marco normativo en salud en Colombia centrado en la Atención Primaria en Salud.</p> <p><b>Indicador 2:</b> nivel de integración de la Atención Primaria en Salud en los planes locales de salud o planes de desarrollo de las instituciones hospitalarias (alto, medio, bajo, nulo).</p> <p><b>Indicador 3:</b> nivel de integración de la Atención Primaria en Salud ajustándose con los lineamientos del SISPI (Sistema Indígena Propio) en territorios indígenas/dispersos involucrando gestores comunitarios y promotores de salud intercultural.</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
2. Todos los actores del sistema de salud deben tener una mayor comprensión de la Atención Primaria en Salud desde una orientación hacia la comunidad y con base en modelos de redes integradas.	Las instituciones hospitalarias y el nivel supra especializado deben tener dentro de sus prioridades el abordaje e inclusión de la comunidad; esta no debe ser una tarea limitada a las direcciones locales de salud. En la comunidad, las direcciones locales y las instituciones de salud deben fomentar planes participativos desde una base comunitaria para resolver los problemas de salud más importantes. Los tomadores de decisiones a nivel nacional deben integrar la Atención Primaria en Salud desde su enfoque comunitario y desde el modelo de redes integradas.	<b>Indicador 1:</b> nivel de comprensión de los distintos actores de la Atención Primaria en Salud (alto, medio, bajo).  <b>Indicador 2:</b> número de instituciones hospitalarias o de servicios de salud que formulan e implementan planes de salud comunitaria (número de instituciones/ territorio).  <b>Indicador 3:</b> número de instituciones de salud y aseguradoras indígenas o de servicios de salud indígenas que implementan y adaptan planes y programas de salud comunitaria con enfoque intercultural combinando medicina tradicional y medicina alopática.
3. Debe haber una mejor integración y reconocimiento de todos los niveles de atención con el primer nivel de atención	El eje del sistema dentro de una red de servicios debe ser el primer nivel de atención. El primer nivel de atención debe ser capaz de resolver el 85 % de los	<b>Indicador 1:</b> porcentaje de resolución de los problemas del primer nivel (%) por municipio.  <b>Indicador 2:</b> número de instituciones de primer nivel con equipos

Línea de acción	Actividades	Indicadores
	<p>problemas y necesidades en salud de la población.</p> <p>El primer nivel debe estar conformado por un equipo interdisciplinario.</p>	<p>interdisciplinarios (primer nivel interdisciplinario/departamento).</p> <p><b>Indicador 3:</b> número de instituciones (indígenas) con equipos multidisciplinarios y étnicos combinando ambas medicinas por municipios y resguardos/cabildos.</p>
<p>4. La atención en salud no solo se debe limitar a la prestación de los servicios hospitalarios, se debe extender a las familias y comunidades.</p>	<p>Se debe promover la implementación de procesos de salud por fuera de las ciudades capitales.</p> <p>Las instituciones hospitalarias de mayor nivel deben apoyar a las instituciones de menor nivel mediante servicios de telesalud.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> número de consultas por telemedicina en ciudades no capitales (consultas de telemedicina/departamento).</p> <p><b>Indicador 2:</b> número de procesos de teleeducación implementados (procesos de teleeducación a pacientes/departamento y procesos de actualización por teleeducación profesional/departamento).</p>
	<p>A nivel nacional y departamental se debe adaptar e implementar un modelo de teleeducación para la comunidad y para la formación continua del talento humano en salud.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> nivel de cobertura e infraestructura de una red 4G por territorio (alto, medio, bajo, nulo).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>5. El modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud propuesto por la OPS es una alternativa para mejorar el acceso efectivo y contribuir a la cobertura universal desde la prestación de los servicios en Colombia.</p>	<p>Para mejorar la integración de los servicios, Colombia debe adoptar el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud de la OPS y sus 14 atributos.</p> <p>La implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud debe hacerse por unidades territoriales y organizarse por afinidad y cercanía para la población.</p>	<p><b>Indicador 4:</b> nivel de integración de mayores niveles con bajos niveles de complejidad en telemedicina por departamento (alto, medio, bajo, nulo).</p> <p><b>Indicador 5:</b> nivel de integración de procesos para atención/formación e implementación de procesos de actualización de medicina tradicional complementada con medicina alopática a partir de acuerdos entre ambas medicinas y según contexto y grado de adaptación cultural en los territorios.</p> <p><b>Indicador 1:</b> investigación evaluativa de los 14 atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud.</p> <p><b>Indicador 2:</b> número de Redes Integradas de Servicios de Salud por departamento (redes/departamento).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>6. La Atención Primaria en Salud en Colombia no solo debe enfocarse en el fortalecimiento hospitalario, también debe tener una orientación comunitaria que, para algunos autores, se conoce como Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) o salud comunitaria.</p>	<p>Los elementos mínimos de las Redes Integradas Redes Integradas de Servicios de Salud para mejorar la resolutiveidad se relacionan con el cambio en el modelo asistencial y con la organización y gestión.</p> <p>Los planes locales de salud deben tener una mayor integración hacia la comunidad, adoptando el modelo de APOC.</p> <p>Las prioridades en salud deben tener una orientación con base comunitaria.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> número de redes integradas e integrales con enfoque medico tradicional y alopático versus prácticas /saberes ancestrales aceptadas y adaptadas por cultura étnica.</p> <p><b>Indicador 1:</b> número de planes de mejoramiento en salud con base y participación comunitaria por municipio (planes/municipios-ciudades por departamentos).</p> <p><b>Indicador 2:</b> número de líderes comunitarios formados en Atención Primaria en Salud (número de líderes/municipio).</p>
<p>Se deben tener en los territorios líderes comunitarios formados en APOC.</p>	<p>Se deben tener en los territorios líderes comunitarios formados en APOC.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> número de instituciones hospitalarias o servicios de salud involucrados activamente en los planes comunitarios (número de instituciones/ planes de los municipios).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
	<p>Las instituciones hospitalarias se deben articular con los líderes comunitarios.</p> <p>Se deben construir equipos básicos de salud que promuevan la integración de esos líderes. Los equipos deben hacer parte del equipo interdisciplinario de salud a nivel local.</p>	<p><b>Indicador 4:</b> número de instituciones (indígenas) o de servicios de salud integrados y adaptados con medicina tradicional y alopatía a la Atención Primaria en Salud/SISPI según territorios y contextos.</p>
<p>7. La telesalud (telemedicina y teleeducación) es una modalidad de atención que ha demostrado beneficios para la prestación de servicios en zonas apartadas, como también para superar barreras de acceso a la atención y mejorar las listas de espera.</p>	<p>Se debe promover la implementación de procesos de salud por fuera de las ciudades capitales.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> número de consultas por telemedicina en ciudades no capitales (consultas de telemedicina/ departamento).</p>
	<p>Las instituciones hospitalarias de mayor nivel deben apoyar a las instituciones de menor nivel mediante servicios de telemedicina.</p>	<p><b>Indicador 2:</b> número de procesos de teleeducación implementados (procesos de teleeducación a pacientes/ departamento y procesos</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
	<p>de actualización por teleducación profesional/departamento).</p> <p>A nivel nacional y departamental se debe adaptar e implementar un modelo de teleducación para la comunidad y para la formación continua del talento humano en salud.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> nivel de cobertura e infraestructura de una red 4G por territorio (alto, medio, bajo, nulo).</p>
		<p><b>Indicador 4:</b> nivel de integración de mayores niveles con bajos niveles de complejidad en telemedicina por departamento (alto, medio, bajo, nulo).</p>
		<p><b>Indicador 5:</b> nivel de integración de procedimientos para atención/formación e implementación de procesos de actualización de medicina tradicional complementada con medicina alopática a partir de acuerdos entre ambas medicinas y según contexto y grado de adaptación cultural en los territorios</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>8. Se debe mejorar la formación de los médicos con mayores competencias en Atención Primaria en Salud y en salud familiar y comunitaria, con énfasis en calidad y oportunidad en la atención médica; esto mediante el acompañamiento y trabajo articulado con las universidades para generar procesos de transformación curricular.</p>	<p>Se deben definir las competencias en Atención Primaria en Salud (redes y comunidad) que el talento humano en salud debería tener en Colombia.</p> <p>Se debe diseñar e implementar de manera masiva un programa único de actualización en salud familiar y comunitaria para personal médico y no médico en Colombia.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> documento con las competencias en Atención Primaria en Salud.</p> <p><b>Indicador 2:</b> documento con el programa único en salud familiar y comunitaria.</p>
		<p><b>Indicador 3:</b> número de programas de formación en ciencias de la salud en Colombia con un enfoque de atención primaria incluido en sus planes de estudio (número de programas/región).</p>
		<p><b>Indicador 4:</b> número de talento humano en salud formado en salud familiar y comunitaria (número de personas/región).</p>
		<p><b>Indicador 5:</b> número de talento humano en salud étnico y no étnico en medicina tradicional complementada con alopática insertada en la APS y el SISPI.</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>9. Se debe cambiar la normativa para ampliar el campo de acción y las competencias de los médicos de Atención Primaria en Salud y otros profesionales de la salud.</p>	<p>La normativa actual limita el desempeño profesional de los médicos de Atención Primaria en Salud y de otros profesionales a la implementación de acciones básicas, por lo cual se deben ampliar los ámbitos de actuación.</p> <p>Se debe redefinir las competencias y capacidades profesionales del médico de Atención Primaria en Salud.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> documento normativo con la re-definición de las competencias (proyectos de ley).</p> <p><b>Indicador 2:</b> guías de práctica clínica adaptadas al desempeño clínico del personal médico y de salud para la Atención Primaria en Salud.</p>
<p>10. El médico de Atención Primaria en Salud y los otros profesionales de la salud se deben formar en comunidad.</p>	<p>Los prestadores de servicios de salud deben favorecer que el médico de Atención Primaria en Salud pueda implementar sus competencias y no derivar a otro nivel o especialista.</p> <p>La formación de los profesionales de la salud y de los médicos debe incluir la exposición a la comunidad.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> guías de atención, educación y prácticas adaptadas a comunidades indígenas respetando su cultura y cosmovisión (adaptación dentro del SISPI).</p> <p><b>Indicador 1:</b> número de programas de formación en ciencias de la salud que incluyen la formación en comunidad (número de programas/región).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>11. La población debe asumir un papel más activo y propositivo en la identificación y resolución de los problemas de salud de su comunidad.</p>	<p>Esta formación no debe ser aislada y debe ocupar un lugar importante en los planes de estudio.</p>	<p><b>Indicador 2:</b> porcentaje de créditos teórico-prácticos en comunidad del plan de estudio (porcentaje de créditos/total de créditos).</p> <p><b>Indicador 3:</b> número de programas de formación de ciencias de la salud/ del comportamiento/legal que incluyan salud intercultural y adaptación del SISPI al modelo de salud según contextos y territorios étnicos.</p>
<p>Mediante un enfoque participativo, y con el apoyo de los profesionales de las direcciones locales de salud y los hospitales, la comunidad debe apoyar la identificación y resolución de sus problemas.</p> <p>La comunidad también debe apoyar activamente la formulación de los planes locales de salud.</p>	<p>Mediante un enfoque participativo, y con el apoyo de los profesionales de las direcciones locales de salud y los hospitales, la comunidad debe apoyar la identificación y resolución de sus problemas.</p> <p>La comunidad también debe apoyar activamente la formulación de los planes locales de salud.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> número de Análisis de Situación de Salud (ASIS) participativo y comunitario por departamento (número de ASIS con enfoque participativo y comunitario/departamento).</p> <p><b>Indicador 2:</b> número de planes locales de salud con participación de la comunidad (número de planes locales/departamento).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
		<p><b>Indicador 3:</b> número de instituciones indígenas que incorporan ASIS étnico y con enfoque afrodescendiente/migrantes con participación de la comunidad, adaptados a los territorios e integrados a los sistemas y servicios de salud.</p>
<p>12. Los especialistas en medicina familiar y los profesionales en enfermería deberían ser quienes lideren el sistema de salud.</p>	<p>Los médicos familiares como especialistas clínicos son los especialistas formados que deben liderar a los médicos generales y otros especialistas en la resolución y abordaje de los problemas en salud.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> número de médicos familiares que lideran la atención en salud (médicos familiares líderes/hospital).</p>
	<p>Los profesionales de enfermería son los profesionales de la salud que pueden y deben articular al resto de profesionales, el equipo interdisciplinario y los médicos en el desarrollo de actividades de Atención Primaria en Salud.</p>	<p><b>Indicador 2:</b> número de enfermeras(os) que lideran e integran la atención en salud (profesionales de enfermería líderes/hospital).</p>
	<p>Los médicos familiares como especialistas clínicos son los especialistas formados que deben liderar a los médicos</p>	<p><b>Indicador 3:</b> nivel de liderazgo de los médicos familiares con el resto de los médicos (alto, medio, bajo, nulo).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
	<p>generales y otros especialistas en la resolución y abordaje de los problemas en salud.</p>	<p><b>Indicador 4:</b> nivel de liderazgo de los profesionales de enfermería con el resto de los profesionales (alto, medio, bajo, nulo).</p> <p><b>Indicador 5:</b> número de promotores, parteras, sanadores formados en medicina alopática que involucren saberes y prácticas tradicionales y permitan acompañar al talento humano en salud en territorios étnicos y dispersos.</p>
<p>13. Los profesionales de la salud deben conocer mejor la situación de salud de su población.</p>	<p>El profesional de la salud en ejercicio debe conocer y actualizarse sobre la situación de salud y las necesidades de su población.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> nivel de conocimiento de la situación de salud de su población (alto, medio, bajo y nulo).</p> <p><b>Indicador 2:</b> nivel de actualización profesional en salud en las prioridades de la población (constante, intermedio, incipiente, nulo).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
14. Se debe promover la identificación e intervención sobre las inequidades y los determinantes sociales en salud, como también la implementación y uso de herramientas desde la salud familiar y comunitaria.	<p>En el ámbito local, no solo se debe priorizar el abordaje e intervención a nivel hospitalario, este se debe ampliar desde la identificación de los determinantes sociales en salud.</p> <p>Hay diferentes herramientas de salud familiar y comunitaria que ayudan a caracterizar mejor a la población, por lo cual deben ser conocidas e implementadas por todo el personal de salud.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> nivel de adaptación y actualización de profesionales de la salud en territorios étnicos/dispersos.</p> <p><b>Indicador 1:</b> número de diagnósticos que incluyen el abordaje de los determinantes sociales en salud (número de diagnósticos/departamentos).</p> <p><b>Indicador 2:</b> número de herramientas de salud familiar y comunitaria implementadas en los municipios (número de herramientas/municipios).</p>
15. Se debe promover la sensibilización, pero también mejorar los incentivos para ciudades capitales, esto por prestigio	<p>Los profesionales de la salud en Colombia están concentrados en las ciudades capitales, esto por prestigio</p>	<p><b>Indicador 3:</b> adaptación de las herramientas de salud familiar y de instrumentos de métricas para vida saludable.</p> <p><b>Indicador 1:</b> documento normativo con incentivos para los profesionales que trabajen en zonas apartadas.</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
que los profesionales de la salud trabajen en zonas apartadas.	<p>profesional y por mejores condiciones salariales.</p> <p>Los profesionales de la salud de zonas apartadas tienen dificultades para la prestación de los servicios y para actualizarse de manera constante, además de no contar con incentivos por trabajar en estas zonas.</p>	<p><b>Indicador 2:</b> nivel de motivación para trabajar en zonas apartadas (nivel de motivación de zonas rurales / nivel de motivación de zonas urbanas).</p>
	<p>Se deben diseñar incentivos salariales (mayor remuneración) y de desarrollo profesional (becas, formación constante o prioridad para el ingreso a una residencia médico-quirúrgica) a quienes trabajen en zonas apartadas.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> lineamientos y documento normativo de formación e incentivos para profesionales de la salud en territorios étnicos y dispersos.</p>
		<p><b>Indicador 4:</b> lineamientos y marco normativo para la incorporación y el reconocimiento del trabajo y de la formación en prácticas y saberes ancestrales para territorios étnicos-dispersos.</p>
16. Se debe flexibilizar la normativa de habilitación para servicios de	La normativa colombiana tiene criterios de habilitación rígidos para la prestación	<b>Indicador 1:</b> documento normativo que establece un enfoque diferencial en

Línea de acción	Actividades	Indicadores
salud prioritarios (medicina general, especialidades básicas y telemedicina), principalmente.	<p>de servicios de salud no diferenciales por zonas; estos criterios se ajustan a las ciudades capitales, pero pueden ser difíciles de cumplir en las zonas más vulnerables. Esto promueve la derivación a zonas de mayor complejidad que cumplan con los requisitos de habitación (por la ausencia del servicio en la zona de origen), pero incrementa las barreras de acceso al tiempo que disminuye la resolutividad.</p>	la habitación de zonas vulnerables y apartadas.
	<p>Durante la pandemia, no solo en Colombia sino también en muchos lugares en el mundo, se flexibilizaron las condiciones para prestar servicios de telesalud (telemedicina y teleeducación) con dispositivos básicos de audio y video, garantizando la confidencialidad del paciente. Estas condiciones de flexibilidad se han suprimido, obligando en muchos casos (y en zonas apartadas) a no cumplir con las condiciones de habitación y a no pagar a los pocos proveedores de servicios de telemedicina.</p>	<b>Indicador 2:</b> porcentaje de incremento de la habitación de servicios en el país (porcentaje de habitación diferencial/ departamento).

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>17. Fortalecer institucionalmente al primer nivel de atención como fase inicial de un proceso escalonado, para luego articular con los otros niveles, según contextos y territorios, de manera que se favorezca una rectoría y un rol funcionalista dentro de los lineamientos</p>	<p>Los primeros niveles deben ser los primeros que se fortalezcan en cuanto a infraestructura, personal e insumos.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> documento normativo con condiciones ajustadas para la habilitación en telemedicina.</p> <p><b>Indicador 4:</b> porcentaje de incremento de prestación de servicios en la modalidad de telemedicina en el país (porcentaje de telemedicina/ departamento).</p> <p><b>Indicador 5:</b> porcentaje de incorporación en territorios étnicos en instituciones de salud indígena de modalidad híbrida de atención en salud y de atención en salud ancestral de acuerdo con el territorio y la cosmovisión.</p> <p><b>Indicador 1:</b> documento con un plan de fortalecimiento a nivel departamental de sus primeros niveles (número de planes de fortalecimiento/ departamento).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>del modelo de salud vigente, siendo resiliente en función de nuevos roles y retos en las zonas más vulnerables del país.</p>	<p>Los otros niveles se fortalecerán en función del fortalecimiento del primer nivel.</p> <p>La asignación de recursos económicos debe priorizar al primer nivel sobre el resto de los niveles para garantizar su adecuado funcionamiento.</p>	<p><b>Indicador 2:</b> documento normativo a nivel nacional que cambie la asignación de los recursos hacia los primeros niveles de atención.</p> <p><b>Indicador 3:</b> documento normativo nacional desarrollado desde las comunidades étnicas de manera genérica y adaptada a territorios y culturas para la asignación y fortalecimiento del primer nivel, de manera que se puedan facturar, atender y brindar servicios integrales e integrados de salud intercultural.</p>
<p>18. Se deben mejorar las condiciones profesionales del personal sanitario en Colombia: mejores condiciones salariales y de contratación, promoción de un mayor prestigio profesional y actualización profesional continua y permanente.</p>	<p>Se deben mejorar la remuneración y las condiciones laborales de todo el personal sanitario.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> promedio de remuneración por profesión (promedio de remuneración/profesiones).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>19. La academia tiene el potencial de ser un actor complementario para el sistema de salud, tanto en la formación del personal sanitario en competencias de Atención Primaria en Salud, como también en la armonización con los tomadores de decisiones para la concertación de estas competencias,</p>	<p>Se debe equilibrar la remuneración entre los médicos de atención primaria y los médicos especialistas, aumentando la de los médicos de los primeros.</p> <p>Se deben reducir las tarifas de remuneración diferenciales de los supra especialistas en comparación con el resto de las profesionales de la salud.</p>	<p><b>Indicador 2:</b> porcentaje de contratos laborales de los profesionales de la salud (contratos laborales/contratos por prestación de servicios).</p> <p><b>Indicador 3:</b> documento normativo a nivel nacional con las condiciones laborales y el salario diferencial priorizado.</p> <p><b>Indicador 4:</b> documento normativo a nivel territorial con las condiciones laborales, salariales y estructura para el modelo de SISPI adaptado bajo la visión y valores de la Atención Primaria en Salud.</p>
<p>Las universidades deben dirigir sus acciones de proyección social en salud hacia las comunidades de influencia.</p>	<p>Las universidades deben dirigir sus acciones de proyección social en salud hacia las comunidades de influencia.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> número de universidades que favorecen la atención primaria y la proyección social en salud (número de universidades/región).</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>y desde los aportes de proyectos de investigación, innovación, desarrollo y proyección social en sus comunidades de influencia.</p>	<p>Los proyectos de investigación, desarrollo e innovación en salud de las universidades deben tener una orientación social y de solución real de problemas.</p>	<p><b>Indicador 2:</b> número de universidades que tienen sitios de práctica hospitalaria y comunitarios en su zona de influencia por fuera de las ciudades capitales (sitios de práctica hospitalarios/total de sitios de práctica y sitios de práctica comunitarios/total de sitios de práctica).</p>
<p>El proyecto educativo de las universidades debe priorizar las acciones de Atención Primaria en Salud y la resolución de los problemas de la población.</p>	<p>El proyecto educativo de las universidades debe priorizar las acciones de Atención Primaria en Salud y la resolución de los problemas de la población.</p>	<p><b>Indicador 3:</b> número de universidades que privilegian y adoptan/adoptan sitios de práctica de salud tradicional/salud híbrida en sus áreas de influencia o de nexos empresa-academia para implementar e impulsar servicios de salud adaptados a SISPI/Atención Primaria en Salud.</p>
<p>La academia debe ser un referente para los tomadores de decisiones.</p>	<p>La academia debe ser un referente para los tomadores de decisiones.</p>	<p>La academia debe ser un referente para los tomadores de decisiones.</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
<p>20. Para mejorar la resolutiveidad y la implementación de la Atención Primaria en Salud en Colombia no solo se requiere responsabilidad del sector salud, sino también de parte de otros sectores (ministerios): Educación, Tecnologías de Información y Comunicación, Trabajo, y Ciencia, Tecnología e Innovación, entre otros.</p>	<p>Los ministerios de salud y educación deben definir de forma conjunta las competencias mínimas de la Atención Primaria en Salud.</p> <p>Los ministerios de salud y educación deben favorecer mediante incentivos la implementación del modelo, priorizando a las universidades que formen profesionales en medicina familiar.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, así como Minciencias, debe priorizar la asignación de recursos de investigación en temas de Atención Primaria en Salud y medicina familiar.</p>	<p><b>Indicador 1:</b> planes de trabajo conjunto entre los ministerios para la adopción de la atención primaria (número de planes/ministerios).</p> <p><b>Indicador 2:</b> porcentaje de asignación de recursos económicos a proyectos de medicina familiar y Atención Primaria en Salud (porcentaje de recursos/totalidad de los recursos).</p> <p><b>Indicador 3:</b> porcentaje de asignación de recursos económicos a proyectos adaptados de salud intercultural para territorios indígenas que permitan insertar a las empresas ubicadas en los territorios étnicos para dar respuesta a los lineamientos de valor social y mantenimiento de la cultura; además, se requiere apalancar recursos para secretarías de salud en territorios étnicos/y de alta dispersión social con el fin de visibilizar la presencia del Estado.</p>

Línea de acción	Actividades	Indicadores
	<p>Los ministerios de salud y trabajo deben garantizar las condiciones laborales adecuadas y dignas del personal de salud.</p>	<p><b>Indicador 4:</b> incorporar programas y proyectos desde MinCiencias/MinEducación y MinSalud para comunidades étnicas/afrodescendiente y migrantes con el propósito de generar capacidad resolutiva e intervenir problemas prioritarios en estas comunidades con una estrategia y enfoque diferenciales respecto del abordaje nacional de proyectos y programas.</p>
	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social y MinTIC deben hacer un análisis e intervención de la conectividad de los prestadores de servicios de salud del país.</p>	

## Bibliografía

1. Bernal O, Forero J, Villamil M, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2012; 31(3): 181-7. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9356>
2. Ramos-Clason E C. Transición epidemiológica en Colombia: De las enfermedades infecciosas a las no transmisibles. *Rev.cienc.biomed*. 2012; 3(2): 282-90. <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3117/2645>
3. Gómez R. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2001; 19(2): 57-74. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12019207.pdf>
4. Sánchez M. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Pediatr*. 2011; 67(4): 223-9. <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2011/REP%2067-4.pdf#page=42>
5. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011; 33(1): 11-4. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca; 2008. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Agudelo Calderón C, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2817-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
8. Starfield B. Politics, Primary Healthcare and Health: Was Virchow Right? *Epidemiol Community Health*. 2011; 65: 653-5. doi: 10.1136/jech.2009.102780
9. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document. Canada: Minister of Supply and Services Canada; 1981. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2009/sc-hc/H31-1374E.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H31-1374E.pdf)
10. Lalonde M. New Perspective on the Health of Canadians: 28 Years Later. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 12(3): 149-52. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8528/12867.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. MacDougall H. Reinventing Public Health: A New Perspective on the Health of Canadians and Its International Impact. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(11): 955-9. doi: 10.1136/jech.2006.046912
12. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema general de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

13. Franco-Giraldo A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2012; 14(5): 865-77. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n5/865-877>
14. Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. gerenc. políticas salud*. 2012; 11(22): 28-42. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n22/v11n22a03.pdf>
15. Suárez R, Zamora G, Conte G, Olarte M F. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS. Convenio 485 del MPS y OPS/OMS; 2012. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>
16. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata: World Health Organization (WHO); 1978. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2)
17. Hernández Rincón E H. Atención Primaria en Salud en Colombia basada en la comunidad: enfoque territorial. *fml*. 2016; 20(14):5p. [https://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201604/atencin\\_primaria\\_en\\_salud\\_en\\_colombia\\_1.pdf](https://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201604/atencin_primaria_en_salud_en_colombia_1.pdf)
18. Chan M. Return to Alma-Ata. *The Lancet*. 2008; 372(9642): 865-6. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61372-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61372-0)
19. Frenk J, Gómez O. ¿Atención a la salud o la enfermedad? Restableciendo el equilibrio. *Salud Pública Méx*. 2016; 58(1): 84-88. [https://president.miami.edu/\\_assets/pdf/publications/Atencion-a-la-salud-o-la-enfermedad.pdf](https://president.miami.edu/_assets/pdf/publications/Atencion-a-la-salud-o-la-enfermedad.pdf)
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
21. Garrido Amable O, Vargas Yzquierdo J, Garrido Amable G, Amable Ambrós Z M. Rol de la universidad en la promoción y autocuidado de salud. *Rev Ciencias Médicas*. 2015;19 (5): 926-937. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000500015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500015&lng=es)
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud: Glosario; 1998. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1)
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación Científica y Técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2002. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42858>
24. World Health Organization (WHO). Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences; 2009. <https://apps.who.int/iris/bitstream/>

- handle/10665/70578/WHO\_NMH\_CHP\_09.01\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. World Health Organization (WHO). The 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi; 2009. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>
  26. Tang K C, Ståhl T, Bettcher D, De Leeuw E. The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action. *Health Promotion International*. 2014;29(S1):i1–i8. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/dau051>
  27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Shangay (China); 2016. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11830:2016-ninth-global-conference-health-promotion-shanghai&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11830:2016-ninth-global-conference-health-promotion-shanghai&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
  28. Eslava-Castañeda J C. Repensando la promoción de la salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Salud pública*. 2006; 8(Sup.2): 106-15. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8s2/v8s2a09.pdf>
  29. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta méd. peruana*. 2011; 28(4): 237-41. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
  30. Duque Páramo M. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en programas de formación de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2000; 1(1): 17-29. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1527>
  31. García J. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Rev. cub. salud pública*. 2010; 36(4): 371-80. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n4/spu14410.pdf>
  32. Gillman M W. Primordial Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2015; 131(7): 599-601. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.014849>
  33. De Vito E. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B Aires)*. 2013; 73(2): 187-90. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v73n2/v73n2a18.pdf>
  34. Jamoulle M. Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015; 4(2): 61-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322627/>
  35. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud*. Washington, D. C. CD49.

- R22 (Esp.); 2009. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf)
36. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4. Washington, DC; 2010. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
  37. González-Echeverri G, Mora-Valencia A, Solano J G. Opciones reales aplicadas en redes integradas de servicios de salud empleando diferentes métodos de estimación de la volatilidad. *Estudios Gerenciales*. 2015; 31(2015): 287-98. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592315000285>
  38. Barragán A, Mogollón A, López S, Valencia S, Morales N, Pinilla M, et al. Factores que dificultan la coordinación entre niveles asistenciales: Un estudio de caso en Colombia. *Salud UIS*. 2011; 43(1): 77-9. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000100014&script=sci_arttext)
  39. Hernández Rincón E H, Acevedo Moreno L F, Barbosa Ardila S D, Torres Segura J J, Hernández Piratoba F H, Rojas Alarcón K N. Telesalud en Colombia en tiempos de Covid-19. *Rev Cub Infor Cien Salud*. 2022; 33(1): 1-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8675412>

## Objetivo 3: Equipos interdisciplinarios. Estrategia innovadora de capacitación y educación

*Dr. Rafael de Jesús Tuesca Molina<sup>1</sup>*

*Dr. Erwin Hernando Hernández Rincón<sup>2</sup>*

### Introducción

A partir de la expedición de la Ley 1438 del año 2011 se reorienta el modelo de atención en salud que privilegia la Atención Primaria en Salud (APS) con el fin de resolver las necesidades y problemas de salud en Colombia (1). Además, para resolver las barreras e intervenir especialmente dos indicadores clave que presumiblemente la Ley 100 debió reducir: la mortalidad materna y la

---

1. Médico cirujano. Magíster en Epidemiología y Salud Pública. Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor en Estudios Históricos y Sociales sobre Ciencia, Medicina y Comunicación Científica. Profesor asociado de la División de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. Coordinador Académico del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS Colombia Nodo Norte. Miembro del Grupo de Investigación Proyecto UNI Barranquilla, Universidad del Norte. Miembro de ALASAG (Alianza Latinoamericana de Salud Global), REDSACSIC (Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural) y Grupo de Investigación ScienceFlows, Universidad de Valencia (España). Correo electrónico: [rtuesca@uninorte.edu.co](mailto:rtuesca@uninorte.edu.co)

2. Médico. Máster en Gobierno y Dirección del Sistema Sanitario. Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria. Doctor en Investigación Clínica. Docente Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública. Miembro del grupo de investigación Medicina Familiar y Salud de la Población, Universidad de La Sabana. Miembro de la Asociación Colombiana de Salud Pública, la Organización Internacional de Telemedicina y Telesalud y el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Colombia. Correo electrónico: [erwinhr@unisabana.edu.co](mailto:erwinhr@unisabana.edu.co)

mortalidad infantil. No obstante, la implementación de la APS en el país, al igual que en Suramérica, ha presentado tensiones en su forma de concebir y adoptar modelos de atención selectivos y focalizados relacionados estrechamente con el esquema político y económico en la región; esto ha permitido implementar paquetes mínimos de salud direccionados a poblaciones marginales o sin capacidad de pago, lo que profundiza las desigualdades sociales en salud (2).

Al respecto, autores como Vega et al. (2) expresan que los procesos de renovación y revitalización de la APS en la región no han alcanzado el nivel deseado. Sin embargo, describen diversas experiencias que permiten articular el derecho a la salud y las iniciativas dentro del primer nivel de atención. Algunos desafíos importantes corresponden a: la formación y desarrollo del talento humano en salud para mantener y sostener la APS (2,3), especialmente en el acceso a personas en condiciones de vulnerabilidad y dispersión; la acción intersectorial; y la articulación de los diferentes sectores dentro de la APS. Y señalan adicionalmente otros aspectos clave relevantes: de un lado, la calidad de la atención en salud, y de otro, involucrar y enfrentar los determinantes sociales de la salud por parte de los prestadores de atención de salud en el primer nivel (2). De otra parte, un reto a enfrentar en la región corresponde al abordaje y enfoque de “salud universal” —estrategia no factible en la mayoría de los países—, determinado por aspectos financieros, administrativos y de rectoría tanto del sistema de salud como de los modelos propuestos (selectivo, fragmentado, estructura de financiamiento, entre otros) (2,4,5).

Colombia es un país con un modelo biomédico hospitalocentrista, especializado y centrado en la enfermedad, acompañado de una fuerte instrumentalización en áreas urbanas de alto desarrollo y reducidos espacios en medicina tradicional en territorios apartados y vulnerables (4).

La OMS en 1976, en su Declaración de Alma Ata, definió a la APS como (6):

“la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (p. 1).

Si asumimos esta definición, se hace necesario revitalizar y posicionar la APS en todos los niveles de atención y tomadores de decisiones e integrar el trabajo transectorial e intersectorial de la red de prestadores de APS, puesto que ello garantiza avanzar en el derecho pleno del ejercicio de la salud y la reorientación de los sistemas de salud (2).

De otra parte, se han propuesto algunas adaptaciones a la definición, como en Padilla (7) y Nebot (2009) (6-8), para quienes las competencias para la atención primaria conllevan transformaciones; por tanto, la APS debe ser entendida como:

“aquel sistema que, gracias a su accesibilidad, continuidad asistencial y a la polyvalencia de sus profesionales, presta una asistencia cuyo objetivo es resolver los problemas frecuentes de salud de las personas y su comunidad, coordinándose en lo necesario con el resto de los niveles asistenciales y dispositivos sociales y sanitarios” (6).

Conocedores de la problemática de formación, los autores del presente libro, desde el año 2012 –aprovechando la coyuntura dentro de un escenario piloto para descentralizar el nodo de país del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) en Colombia–, convocamos a un grupo de universidades –acompañadas por la oficina de Panamá de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)– para crear capacidad formativa, transformar el nodo país y extender el escenario de formación. Para ello se articulan con la Universidad de Antioquia, quien operaba el nodo, y siete instituciones educativas del país. Sin embargo, pasados unos años y ante los requerimientos para consolidarse y afianzarse como subnodos, quedaron La Universidad del Norte, Universidad de La Sabana y Universidad Libre Cali junto a la Universidad de Antioquia. El desarrollo así generado ha permitido avances profesionales de capacidad en salud pública mediante la oferta de programas y cursos académicos regionales con tutorías, adaptados de cursos previos para el país (desarrollados previamente por la OPS y el grupo de 4 universidades), lo que consolida una oferta ajustada a las necesidades prioritarias y de la salud pública en el país. En el periodo 2012 a 2019 se han ofrecido los siguientes diplomados (9):

- Atención Primaria y Redes Integradas (120 horas)
- Equidad y determinantes sociales (120 horas)
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (120 horas)
- Estrategia en salud mental mhGAP (72 a 96 horas)

Este proceso ha hecho posible iniciar la consolidación de una masa crítica de profesionales de la salud que incluye zonas de difícil acceso; de igual modo, se observa un incremento en la participación de estudiantes de maestrías en salud que utilizan esta plataforma en sus cursos regulares a fin de actualizarse. Dicha experiencia ha fortalecido los vínculos y generado confianza entre las instituciones académicas y los tutores del Campus, incrementando la capacidad instalada y la interacción entre las instituciones, el CVSP (a nivel regional en Panamá) y el Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que con algunas secretarías de salud que han apoyado procesos de capacitación. Sin embargo, este desarrollo presenta limitaciones en su ejercicio y difusión; entre estas se reconocen: la competitividad desigual en la oferta de los cursos y sus costos, la variabilidad en las prioridades del Ministerio de Salud y Protección Social en los periodos de gobiernos de 2012 a 2019 y el valor agregado de actualización del talento humano en salud vinculado con la oferta y permanencia laboral (9).

Ligado a esta experiencia formativa de utilización del CVSP, en el periodo de 2013 a 2015 se documentó el proceso y los alcances al desarrollar, a través de él, cursos de capacitación en Atención Primaria en Salud; este proceso se denominó: “Experiencia de sensibilización de talento humano en salud en Atención Primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) Nodo Colombia (2013–2015)” (10). En ella se destacan los siguientes aspectos: 1) La interacción entre grupos y personas de distintas regiones y contextos –con independencia de las distancias– en el desarrollo de un intercambio y un debate de experiencias dentro de cada nodo, consolidando una reflexión conjunta; 2) La reflexión y la problematización valoradas dentro de cada región, que permitió el consenso y la transferencia del aprendizaje hacia la práctica; y 3) La transformación de actitudes y prácticas a partir de la formación virtual hecha mediante TIC.

Por lo anteriormente descrito, esta propuesta orienta y propone, basada en la experiencia, una estrategia innovadora de cursos de capacitación y educación para equipos multidisciplinares, que vinculen educación interprofesional (11) con las temáticas abordadas en la oferta de cursos para estructurarlas según las necesidades de los territorios.

## Análisis de la situación

Un estudio realizado con personal de enfermería durante el año 2013, dos años después de la emisión de la Ley 1438, encontró que el 63 % de los participantes no superó la prueba de conocimientos mediante 8 preguntas acerca de la APS. Los aspectos básicos relacionados con la atención primaria en salud fueron deficientes en la tercera parte de la población estudiada. El 14 % desconoce que la sigla APS significa atención primaria en salud; asimismo, en el contexto histórico el 32,9 % desconoce que la APS surgió de la Conferencia de Alma Ata en Kazajistán (antigua Unión Soviética) (12). Según los hallazgos de este artículo, en la valoración del conocimiento se puede inferir, como de la limitación y la voluntariedad de los participantes, que se observa una dispersión en la orientación, visión, misión y alcance de la APS en un contexto local (caso Barranquilla).

Así, mismo, se expresa la segmentación de funciones entre público y privado, sumada a las experiencias de APS en lo local y a la pobre integración de los regímenes y la gestión de APS (12). Las barreras identificadas corresponden con acciones de gestión y planificación de los servicios de APS: este grupo de participantes desconoce las limitantes de políticas, planes y programas relacionados con equidad (9-10). Por ello, esta investigación sugirió reposicionar en el currículo de enfermería actividades relacionadas con atención primaria: priorizar una línea de investigación en atención primaria e integrada con la atención en salud familiar y comunitaria; incluir en los programas académicos el tema de la determinación de inequidades y cómo abordarlas; desarrollar capacidades en la comunicación entre pacientes y profesionales de salud; identificar las necesidades de salud en los territorios bajo un contexto familiar y comunitario;

entrenar al talento humano de enfermería para la gestión de servicios, priorización y evaluación de atención primaria; finalmente, valorar el rol de enfermería en la prescripción bajo supervisión farmacéutica y médica para servicios de atención primaria (13).

Los anteriores puntos descritos sirven de eje para reflexionar y proponer aspectos formativos en APS, especialmente en territorios dispersos y vulnerables, a partir de necesidades, experiencias, expectativas e intereses de los usuarios, equipos de salud, dirigentes/líderes, de manera que se reorienten los programas, los servicios y el sistema de salud local, y se disponga para estos de financiación, rectoría y gestión, a fin de posicionar el enfoque de interculturalidad, participación social e intersectorialidad para generar una fuerza de trabajo en APS (2). En España, los contenidos que proponen para un curso virtual que permita renovar la APS se estructuran en 6 módulos que abordan la renovación de la APS: 1) equidad en los servicios de salud; 2) sistemas de salud basados en APS; 3) enfoque integral de la APS; 4) gestión de la APS en el nuevo modelo de atención; 5) proyecto de intervención para proyectos en APS; 5) evaluación final del curso. Cabe señalar que esta estructura fue direccionada para el personal de gestión y administración, mientras que para el primer nivel de atención se deben adaptar respecto de las necesidades de la población y de los gestores del primer nivel, para responder a los desafíos de la APS teniendo en cuenta el territorio y el contexto social y epidemiológico (8).

## Experiencia de la APS en Colombia (sinopsis)

En el país se presentan grandes dificultades para lograr los propósitos de la APS. Un primer aspecto es que ella sobrepasa el enfoque exclusivo de salud y favorece la participación de otros sectores, tal como lo enmarca la declaración de Alma Ata y la APS renovada. El modelo de atención del sistema de salud en Colombia está enfocado exclusivamente en la enfermedad, con poco espacio para la promoción de salud y prevención (14), a lo que se suma la fragmentación y ruptura de la integralidad en la atención en salud, la falta de talento humano en salud calificado en APS e, incluso, las diferencias que existen sobre su concepto instaladas en algunos territorios.

En Colombia se destacan varias experiencias exitosas sobre la implementación de la APS. Por ejemplo, la experiencia de APS en Bogotá (14) (Programa Salud en tu hogar), que se desarrolló desde el año 2004 a 2007 y continuó al programa “Salud a su casa” desde el 2008 a la fecha de corte de este documento. Como aspectos positivos del programa resaltan: reducción en mortalidad evitable y coberturas útiles de vacunación; así como también que: se mantiene y optimiza la vigilancia sanitaria, así como la vigilancia epidemiológica; se han configurado 1.005 micro territorios y 85 territorios en estratos 1 y 2; se cuenta con 1.005 equipos de respuesta inicial y 85 equipos de respuesta complementaria, con 7.500 profesionales y técnicos en ciencias de la salud, ciencias ambientales, ciencias sociales/humanas, para realizar acciones de Atención Primaria en Salud, entre otras. En cuanto a los retos, estos se enfocan en lograr atención en salud con equidad y calidad, rectoría entre la autoridad sanitaria y las entidades que componen la red asistencial, trabajo inter y transectorial para resolver problemas sociales y de calidad de vida, y lo relativo a dispositivos móviles y sistemas de información para atención y traslado (14).

De otro lado, en la experiencia de APS en Medellín (14), desde el año 2012 se viene desarrollando el programa “Salud en el hogar”, que busca llegar a 75.000 familias priorizadas con mayor nivel de pobreza. Este programa es referente de experiencia exitosa para el Ministerio de Salud y Protección Social, pues ha generado vínculos con población indígena, dispone de programas de capacitación a promotores, articulación con corregimientos del área de Medellín y cuenta con sistemas de información derivados de la vinculación al programa de la Universidad de Antioquia. Respecto de los retos, aparece la necesidad de fortalecer la acción intersectorial, la alianza con otras universidades y actores importantes en formación del talento humano en salud, dar continuidad a la estrategia en los siguientes gobiernos y lograr un incremento gradual de familias al modelo (14).

Por su parte, la experiencia de APS en Barranquilla (14) inicia en el año 2007 con una inversión de 140 millones de pesos en hospitales de primer y segundo nivel, puestos y centros de salud denominados: PASOS: “Puesto de Atención de Salud Oportuna”, CAMINOS: “Centros de atención medica Integral y Oportuna” y un centro de recuperación nutricional. Entre los logros

obtenidos están el rediseño de la red de prestación de servicios de salud, el acceso a usuarios del sistema del régimen subsidiado, la localización y funcionamiento por cada área de la ciudad (5 localidades del régimen subsidiado), la rectoría y gerencia por la Secretaría de Salud, la obtención de un modelo sostenible y de mínimo riesgo. En cuanto a los retos, se propone construir más y mejor infraestructura en la ciudad para intervenir planes y programas de salud, también incrementar el talento humano en salud capacitado (especialistas en salud familiar y en medicina familiar), así como integrar profesionales y técnicos, realizar capacitaciones permanentes al Talento Humano en Salud (THS), generar capacidad local y mejorar la atención en salud (14).

En el caso de Pereira (14), en cuanto a la experiencia de APS, desde el año 2008 se desarrolla “Enfasys”, programa de Entornos Familiares Saludables y Solidarios. Aunque existe una experiencia previa, entre el año 2000 y el 2007, con principios de APS (Programa Salud y Hogar Saludable). Esta estrategia, enfrenta retos: continuidad, ampliar cobertura, disponer de recursos y evaluar resultados.

En el contexto colombiano, para proponer una estrategia de educación y capacitación permanente es necesario identificar una serie de aspectos que están relacionados con la operativización e implementación en el territorio referentes a la APS. Al respecto de los logros destacables, se encuentran: permanencia y continuidad; mejoramiento de actividades y trabajo en equipo; articulación intersectorial y extrasectorial que redundan en actuaciones de gestión e integración entre actores. Los retos, por su parte, están enfocados en consolidar el modelo de APS y los aspectos financieros y de sostenibilidad (14).

En la experiencia de Atención Primaria Social en Caldas se destaca la sistematización de una experiencia desarrollada en 27 municipios y que recoge su gestación desde 1980 a partir de las Unidades Primarias de Atención (UPA) bajo el liderazgo de instituciones hospitalarias en la región. Se destaca que: “El equipo de salud rural se conformaba por un médico, una enfermera, un odontólogo y un promotor de saneamiento” (15, p. 5), quienes realizaban las actividades extramurales, las acciones de salud pública y de control de la enfermedad. Con la implementación de la Ley 100 de 1993, estas acciones se debilitan, aunque se retoman a partir del año 2001 bajo el nombre de Atención Primaria Social, incorporando los sectores educación, cultura, deporte y turismo. El

ejercicio destaca la voluntad política de los gobernantes a nivel local y departamental (15). Es así como en el 2019 se formula la Política Pública en APS para el Departamento de Caldas, 2020–2030 (16).

Además de las anteriores experiencias en algunas ciudades del país, también se debe mencionar al Programa intercultural de promotores de salud comunitaria en Jambaló (contexto indígena) (17).

## Puntos críticos que requieren ser valorados para generar una propuesta

1. Financiero: Este aspecto debe sostener los equipos de atención primaria (equipos básicos de salud familiar y comunitaria) inicialmente en los territorios dispersos y vulnerables, 365 días y con contrato.
2. Infraestructura para la Atención Primaria en Salud en el país: esta debe ser valorada en función de los territorios, las capacidades, los equipos y la tecnología disponible. Dependiendo del territorio, dicha infraestructura debe tener unos mínimos:
  - En territorios dispersos, apartados y vulnerables: un equipo básico de salud conformado por médico, enfermera y personal técnico –de salud oral, salud pública, auxiliar de enfermería, farmacia, salud intercultural/parteras-saneamiento/técnicos y agropecuarios–.
  - Apoyo en hospitales de primer nivel: médico especialista según demanda y perfil –obstetra, pediatra y medicina interna, psicología, odontología, nutrición, trabajo social– en hospitales de niveles avanzados, especialidades y apoyo con telesalud/teleasistencia a niveles inferiores.
  - Equipamiento: para generar capacidad resolutoria específicamente en el primer nivel/atención oportuna, de calidad y continuada.
3. Competencias para universidades y entes formadores de THS: a los rectores y decanos les compete: Gestionar cambios en los planes de estudios en la formación de talento humano en salud que involucre el Modelo de APS articulado con el MAITE; hacer formación en salud familiar y comunitaria y, de largo aliento, formación de profesionales en medicina familiar;

incorporar la APS en otros programas “No salud” de manera que permita hacer viables planes, proyectos y transformaciones –por ejemplo, en ingeniería civil y ambiental (saneamiento, agua potable); derecho (aspectos normativos y regulatorios en salud y defensa de derechos); educación; arquitectura (vivienda y territorio); ingeniería de telecomunicaciones (teleasistencia/telesalud); informática y ciencia de datos (indicadores, gestión, consolidación de data, historia clínica integrada e informatizada).

4. Posibilitar modelos demostrativos que respondan a necesidades: “Escuelas/ Territorios en salud”; áreas demostrativas de asociación público-privada (empresas, universidades, Estado/comunidad); tipo de APS que se necesita en el país: APS integral e integrada (no fragmentada y segmentada, como se ha desarrollado en algunas regiones del país y en algunos países en Latinoamérica); valores y principios de la APS.

En la FIGURA 18 se busca visualizar el potencial de la formación de equipos interprofesionales para transformar el modelo de atención centrado en territorios-escuela, apoyados por la alianza académica de universidades, el SENA e institutos tecnológicos con financiamiento sostenible y en estrecha relación con el sector educativo en las comunidades, y por los líderes y agentes comunitarios.

En 2013, la OPS definió las Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP) para la región de las Américas, esto con base en referentes internacionales (Reino Unido, Estados Unidos y Canadá), pero también con base en referentes y expertos de la región (18). Allí se definen las CESP y se organizan en 6 dominios (88 competencias) que deben transversalizar las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), los Determinantes Sociales en Salud (DSS) y la Atención Primaria como elementos fundamentales en el proceso de formación (19,20) (FIGURA 19).

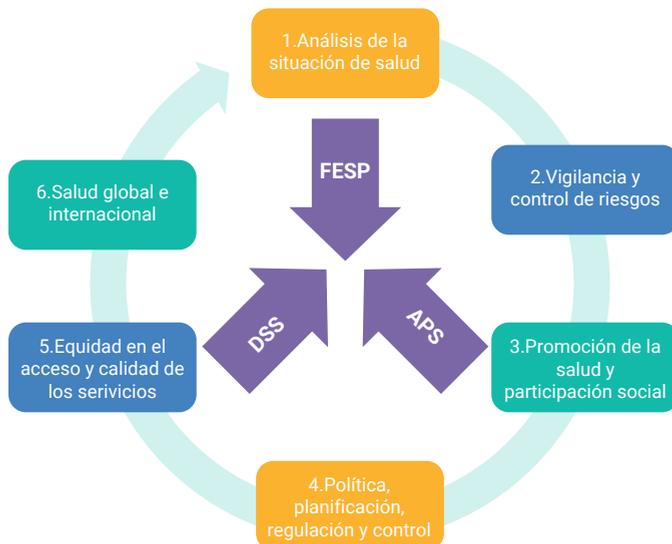
En ese sentido, para poder avanzar en estas CESP se requiere de una mayor profundidad respecto de estos elementos transversales:

Funciones Esenciales en Salud Pública: en 2020-2021 se renuevan las once (11) FESP, que destacan el papel de la autoridad sanitaria y su talento humano para el i) Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de



**Figura 18.** Modelo basado en equipos interdisciplinarios de salud y acuerdos para su viabilidad

Fuente: Elaboración propia



**Figura 19.** Dominios sustantivos en competencias esenciales de recursos humanos

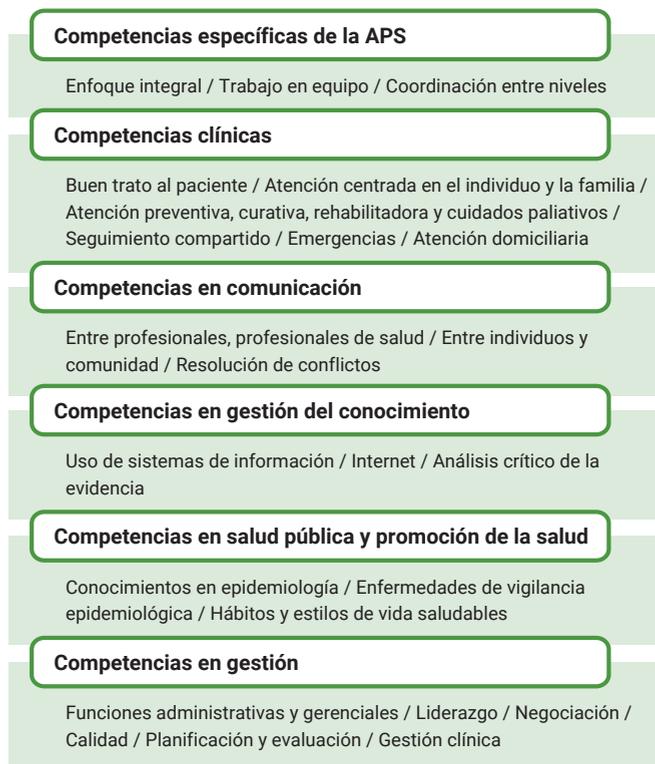
Fuente: Elaboración propia

salud, ii) La vigilancia en la salud pública, el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias, iii) La promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud, iv) La formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población, v) La participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia, vi) El desarrollo de recursos humanos en salud, vii) Asegurar el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces, viii) Un financiamiento de la salud eficiente y equitativo, ix) El acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, x). El acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables, y xi). La gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. Esto requiere la integración de las FESP en la toma de decisiones, así como del análisis situacional de cada contexto (21).

Determinantes Sociales en Salud: en una publicación de 2021 (22) se destaca la relevancia de la formación en DSS en la región de las Américas, para lo que, por lo menos, el Talento Humano en Salud (THS) debe tener la capacidad de: apropiación de conocimiento de APS con enfoque de Determinantes Sociales en Salud; identificación de inequidades y desigualdades sociales; conocimiento de la cultura, la historia de la población en la que trabajan y las condiciones de cada territorio; reconocimiento de la complejidad del proceso de salud-enfermedad y su integralidad; habilidades para la resolución de problemas propios de una comunidad; colaboración interprofesional e intersectorial, comunicación y diálogo de saberes; e integración de entornos comunitarios con entornos clínicos. Igualmente, una investigación en Colombia (23) destaca la importancia de superar el enfoque biomédico en los currículos de los programas de ciencias de la salud, como también la necesidad de fomentar un diálogo de saberes entre la población y el THS para la identificación de necesidades y la búsqueda de alternativas de manera conjunta (22,23).

Atención Primaria en Salud: desde la renovación de la APS se proponen 6 tipos de competencias que el THS debe tener para implementar acciones de atención primaria: específicas en APS, clínicas, en comunicación, en gestión del conocimiento, en salud pública y promoción de la salud, y en gestión. Estas

competencias tienen definidos contenidos específicos para cada una (19,20) (FIGURA 20).



**Figura 20.** Competencias del THS para implementar acciones de APS

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, dentro de los elementos operativos de la Atención Primaria en Salud se destacan la implementación a nivel hospitalario y a nivel comunitario, por lo que se recomienda adoptar los componentes de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como la expresión operativa de la APS a nivel hospitalario, y los elementos de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad

(APOC) como expresión operativa de la APS a nivel comunitario. En ese orden de ideas, tanto las RISS como la APOC recomiendan unas competencias específicas (19):

**Cuadro 1.** Competencias de los elementos operativos de la Atención Primaria en Salud

<b>Competencias de los elementos operativos de la Atención Primaria en Salud</b>	
<b>Redes Integradas de Servicios de Salud</b>	<b>Atención Primaria Orientada a la Comunidad</b>
Competencias administrativas, clínicas y logísticas. Competencias para el trabajo multidisciplinario: abordaje sistémico, gestión del cambio, formación de equipos, gestión de redes, manejo del conflicto, negociación, otras.	Conocer a la comunidad y hacer un análisis de la situación de salud. Realizar un diagnóstico comunitario sobre las condiciones, situaciones, problemas y necesidades de la comunidad. Hacer discusión, concertación y selección de los problemas comunitarios. Formular e implementar un plan de trabajo. Monitorear y hacer seguimiento de las intervenciones y programas. Reflexionar sobre los aciertos y oportunidades de mejoramiento.

Es importante reconocer el proyecto “Modelo de desarrollo de competencias del talento humano en salud que conforman los equipos multidisciplinarios de salud desde la perspectiva de la atención primaria con enfoque en la prestación de servicios a la población migrante y comunidades de acogida” publicado en 2021. Entre sus aportes está el diseño de un modelo de competencias y un plan de formación continua del talento humano en salud que hace parte de los equipos multidisciplinarios para la salud. Para ello se propone la actualización del modelo de competencias transversales y disciplinares, técnicas y no técnicas que deben tener los integrantes de los equipos.

Competencias laborales	Competencias profesionales
Refiere a la combinación de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en el conjunto de una o más funciones determinadas en ámbitos ocupacionales propios de las instituciones.	Se expresan como el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas, aptitudes y actitudes para la actuación o desempeño idóneo en escenarios reales de salud. Estas competencias pueden ser transversales o específicas.

El modelo de competencias transversales para los equipos multidisciplinarios para la salud que propone el Ministerio de Salud y Protección Social se describe en cuatro dominios: 1) cultura y reconocimiento de contexto (incluye 5 competencias); 2) profesional, ocupacional, interprofesional y disciplinar (12 competencias); 3) administración y gestión (6 competencias); 4) investigación y gestión del conocimiento (3 competencias). Además, proponen un modelo de competencias transversales específicamente relacionadas con la APS para los equipos multidisciplinarios que trabajan con población migrante; allí se considera implementar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de condiciones médicas prevalentes e incidentes en la población afectada por las migraciones, orientadas a su atención y cuidado integral, atendiendo al contexto sociocultural y a los referentes políticos y normativos.

Consideran, también, competencias específicas para las profesiones de medicina, enfermería, odontología y personal de apoyo compuesto por: auxiliares en enfermería y auxiliares en salud pública y gestores comunitarios en salud

Por último, como consecuencia de la Ley 1438 del 2011, desde el CVSP, de manera articulada con diversas universidades, en 2012 se definieron los elementos centrales en la formación de APS: salud y atención primaria, DSS y atención primaria, redes integradas, Atención Primaria en Salud para Colombia y gestión del cambio; este modelo formativo se ha implementado en el periodo 2012-2022. En el mismo sentido, una publicación de 2021 (9), que determinó la relevancia de la APS para Colombia en pandemia y para la postpandemia, centrando los esfuerzos en 3 ejes: salud comunitaria, telemedicina, y salud mental (4,9).

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta mencionada en la metodología y desarrollada para este objetivo. Los participantes, en su mayoría, eran profesionales de planta (32 %) y personal de apoyo (36 %), así como también promotores o auxiliares de salud o personal administrativo de las instituciones (FIGURA 21).

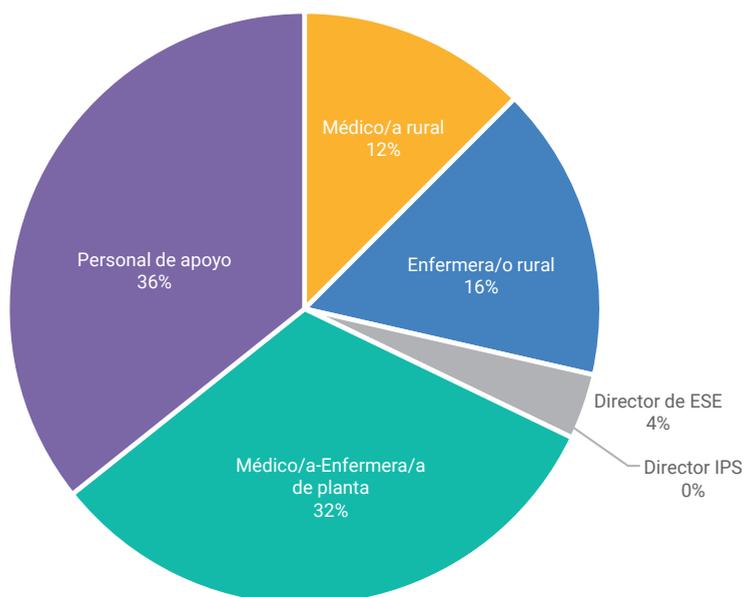
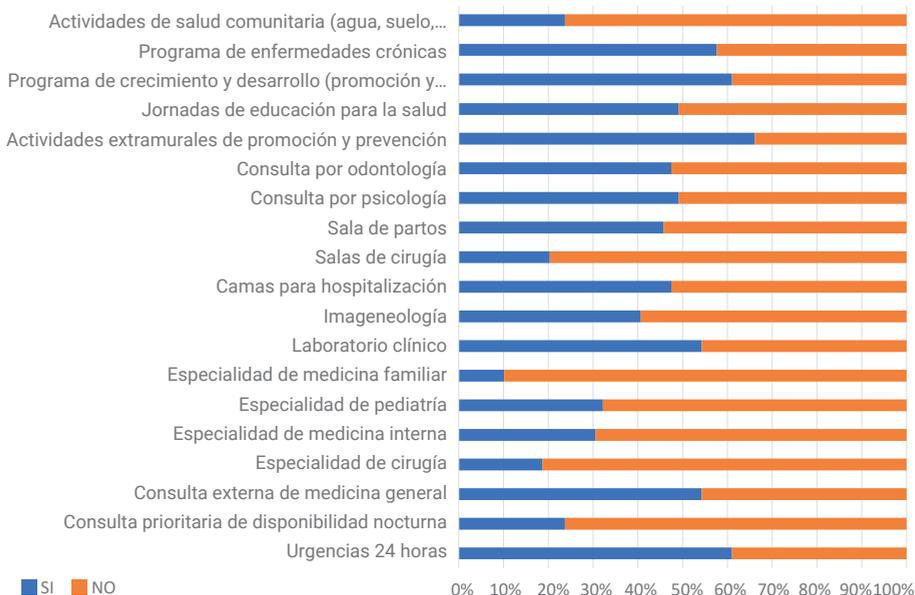


Figura 21. Cargo en el territorio (n=59)

Fuente: Elaboración propia

Al revisar los servicios que se ofrecían en el territorio, se destaca que el 90 % no tiene contacto con el especialista de medicina familiar; entre el 80 % y el 82 % no tiene salas de cirugía ni contacto con dicha especialidad; el 76 % tampoco tiene consulta ni disponibilidad nocturna; y entre el 68 % y 70 % no tiene contacto con las especialidades de pediatría y medicina interna; se resalta, así mismo, que el 54 % tiene consulta externa de medicina general y en un 60 % servicio de urgencias (FIGURA 22).



**Figura 22.** Servicios de APS que ofrece el territorio (n=59)

Fuente: Elaboración propia

Con relación a las necesidades de formación, todas las competencias indagadas se consideraron necesarias, pero se destacan como muy necesarias: la formación continuada en APS, la comunicación entre profesionales y pacientes, la calidad y la promoción de la salud; las menos relevantes fueron: atención curativa, atención rehabilitadora y negociación (FIGURAS 23, 24 y 25).

Al indagar sobre la formación que les ofrece el territorio o la institución, la mayoría de los participantes manifestó que hay formación en Atención Primaria por parte de la institución, específicamente, la relacionada con el diplomado en APS ofrecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). No obstante, la segunda respuesta más frecuente hace referencia a que en su institución y territorio no se ofrece ningún tipo de formación o actualización, por lo cual resulta importante establecer procesos de formación y actualización permanentes en las instituciones. Se destaca aquí la formación en calidad, seguridad del paciente y humanización (FIGURA 26).

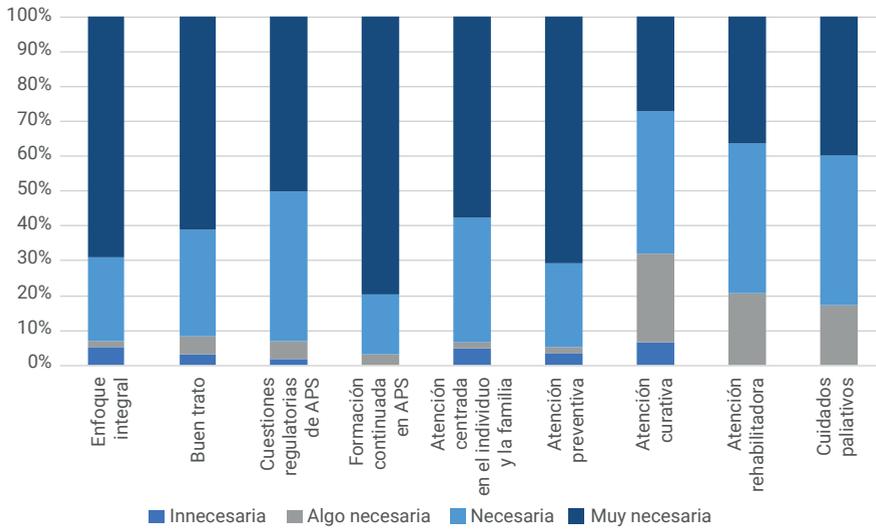


Figura 23. Necesidades de formación en Atención Primaria 1 (n=59)

Fuente: Elaboración propia

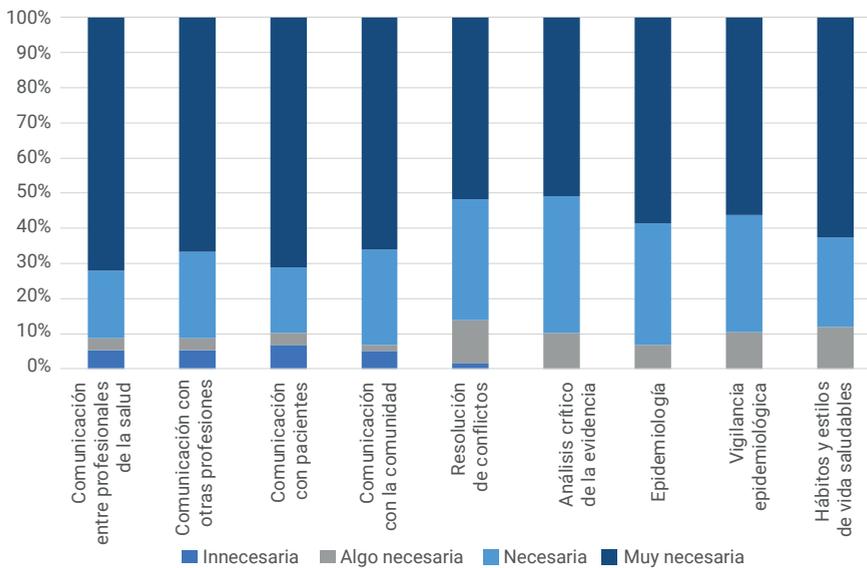


Figura 24. Necesidades de formación en Atención Primaria 2 (n=59)

Fuente: Elaboración propia





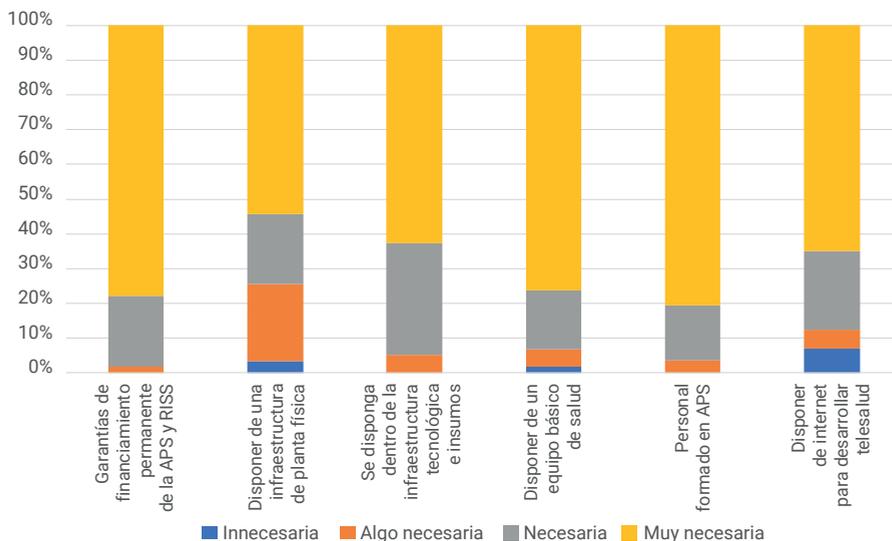


Figura 28. Características para implementar la Atención Primaria 1 (n=59)

Fuente: Elaboración propia

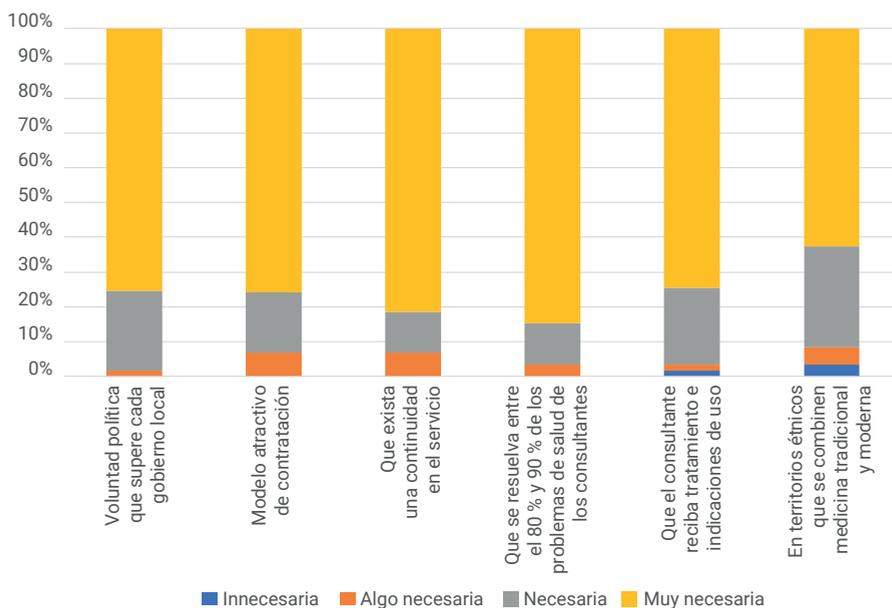


Figura 29. Características para implementar la Atención Primaria 2 (n=59)

Fuente: Elaboración propia

Como resultado del grupo focal realizado para dar respuesta a este objetivo, se encontró que se requiere fortalecimiento de la APS en los programas de estudios universitarios de pregrado y posgrado del área de salud, en competencias, aspectos normativos, de gestión e integración de la APS, situándola así como eje o columna vertebral. De otra parte, se debe involucrar la epidemiología, la demografía y la investigación hacia la APS.

Se identifica que las competencias deben estar soportadas o fundamentadas en tres aspectos: ser, saber y hacer en función con la APS. Este ejercicio debe ser integrativo para profesionales del área de la salud y no salud, y debe privilegiar el trabajo en equipo, la diversidad y la integración para articular la APS a los procesos cotidianos.

Otro aspecto que se debe comprender es lo relacionado con el “territorio” y “la cultura/sociedad”, con el fin de desarrollar competencias interculturales que les permita a los profesionales de la salud entender, comunicarse y relacionarse con campesinos, indígenas y comunidades con diversidad cultural. Además, se requiere, dentro de estas competencias, el trabajo intercultural para valorar aspectos de poder, normativo, estructura y jerarquía a fin de facilitar planes y programas de salud pública y de cuidado. Se resalta la utilidad de los análisis de salud bajo la mirada de la comunidad y del personal técnico/experto para integrar el nivel de capacidades de acuerdo con los perfiles, desde el promotor de salud hasta el profesional sanitario y no sanitario.

Se reivindica la necesidad de formar en competencias interprofesionales y personales que permitan la comunicación, la negociación, la toma de decisiones, el manejo de conflictos, entre otros. De igual modo, se requiere involucrar lo aprendido de la pandemia en competencias digitales (virtuales), humanización, gobernanza, autogestión, participación social y comunitaria apalancada bajo una pedagogía educativa incluyente. Estas actuaciones deben ser direccionadas hacia el personal técnico y profesional de acuerdo con su perfil, y privilegiar el trabajo en equipo y las competencias de egreso de su formación.

En cuanto al público objetivo para ser capacitado y entrenado en APS, este es diverso: comunidad, líderes, sector salud y otros sectores involucrados en el territorio, trabajo y escuela/universidad. Por lo que los contenidos deben ser adaptados de acuerdo con las necesidades y negociados con el público objetivo.

Se señala, también, la necesidad de entrenar y que la comunidad aprenda a resolver problemas propios de su entorno que le permitan avanzar en salud y bienestar. Para ello, es necesario posicionar un abordaje híbrido dentro de la APS que involucre la gestión del riesgo, el modelo de salud familiar y comunitaria, y donde se armonicen las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, el Plan Básico de Salud y la Resolución 3280, bajo un abordaje a corto, mediano y largo plazo.

Para el caso, los escenarios de formación estarían adaptados a territorios, escuelas, escuelas de padres, instituciones de educación superior, instituciones formadoras de talento humano de salud en el nivel técnico, tecnológico y de promotor de salud (para el contexto étnico/rural o disperso). Por lo anterior, la propuesta presentada permite avanzar en las necesidades del territorio, adaptables bajo el marco normativo vigente y flexibles de cara a las transformaciones y necesidades del sector salud.

En esta propuesta formativa se busca modificar el poder resolutivo de la fuerza laboral en salud aprovechando un acuerdo de voluntades con la academia, el SENA y otros institutos, determinando la fuerza laboral requerida para cerrar brechas de acceso, midiendo su costo y propiciando la firma de acuerdos territoriales para lograr resultados. Para esto se propone potencializar la Alianza Académica y establecer metas a gran escala con el fin de acelerar la respuesta de los diferentes actores y mostrar resultados tangibles (FIGURA 30).

Por otro lado, se sugiere tener en cuenta la experiencia de Brasil en el diseño de una ruta de cambio que tenga en cuenta: escenario, orientación teórica y concepción pedagógica, con una semaforización (basada en indicadores) para lograr medir los avances y resultados en tránsito hacia el nuevo modelo de salud (FIGURA 31). Es así como se propone tener en cuenta una metodología que se dirija hacia un proceso colaborativo a nivel nacional generando escenarios de cambio, desarrollo de competencias transversales, un acuerdo en enfoque pedagógico, acuerdo con las comunidades y mecanismos de evaluación de resultados para las diversas propuestas, según grupo de profesionales, técnicos y agentes comunitarios a ser formados en procesos que también conlleven la sostenibilidad de ampliar el mercado de trabajo y la contratación digna en salud (FIGURA 32).



Figura 30. Propuesta formativa para los equipos de salud

Fuente: Elaboración propia



Figura 31. Ruta del cambio de los procesos formativos. Experiencia Brasil

Fuente: Tomado y adaptado de (24)



Figura 32. Plan de acción de la propuesta formativa de equipos de salud

Fuente: Elaboración propia

## Propuesta formativa

Con base en lo anterior, se trianguló la información y se construyó una propuesta académica organizada en diversos niveles de oferta y por bloques, que permite organizar cursos o diplomados para equipos interdisciplinarios de salud que deben adaptarse al nuevo modelo de atención. La propuesta se resume en elementos de 3 dimensiones: transversal, longitudinal y diagonal.



### Formación en 3 dimensiones (3D):

#### 1. Longitudinal:

1. Nivel profesional
2. Nivel técnico y auxiliar
3. Líderes comunitarios

#### 2. Transversal:

1. Capacidad instalada
2. Necesidades de formación

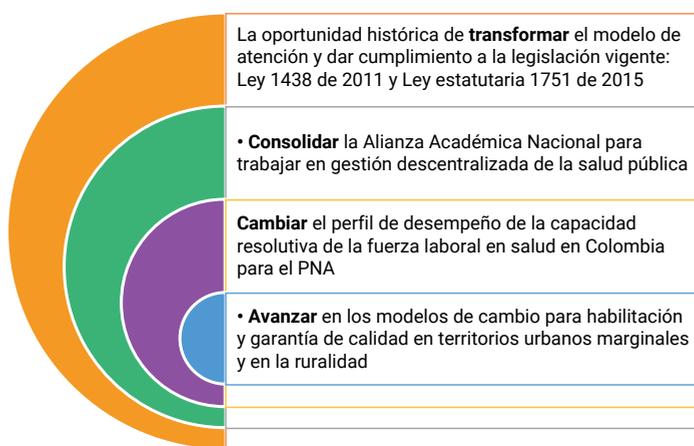
#### 3. Diagonal:

Comunicación, liderazgo, trabajo en equipo, negociación, resolución de conflictos, salud intercultural y gestión del cambio

**Figura 33.** Propuesta innovadora para la formación a escala del talento humano en salud y de equipos multidisciplinarios

Fuente: Elaboración propia

Esta propuesta se configura teniendo en cuenta la oportunidad histórica de lograr un avance significativo a corto plazo, sentando las bases para el mediano y largo plazo con el fin de cualificar la fuerza laboral en salud y lograr su dignificación e inserción en las comunidades y, con ello, la construcción de soluciones a sus necesidades y problemas reales en estrecha relación con la academia, y la modificación de normas de habilitación que favorezcan un desarrollo progresivo de un modelo con capacidad de respuesta cerca a los territorios y apoyado por los centros urbanos para los casos y atenciones que lo requieran (FIGURA 34).



**Figura 34.** Propuesta estrategia formación a escala de talento humano

Fuente: Elaboración propia

Las categorías laborales a ser trabajadas en el contexto de la transformación del modelo de atención podrían tener en cuenta la ruta que se observa en la FIGURA 35.



**Figura 35.** Categorías laborales a ser trabajadas en el contexto de la transformación del modelo de atención

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se consolida una propuesta de formación en atención integral en salud para Colombia:

	Profesionales de la salud (médicos y otras profesiones de la salud)	Auxiliares/técnicos en salud y otras profesiones (nivel local y departamental)	Comunidad (integrantes de la comunidad y funcionarios de administraciones locales)
<b>Cursos ya desarrollados en el CVPS para ofertar</b>	<p>Diplomado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas: 120 horas (2,5 créditos).</p> <p>Diplomado en Enfoque de equidad y Determinantes Sociales: 120 horas (2,5 créditos).</p> <p>Diplomado en Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: 120 horas (2,5 créditos).</p> <p>Curso de salud mental y atención primaria (mhGAP): 72-96 horas (1,5-2 créditos).</p>	<p>Diplomado en Gestión comunitaria en Atención Primaria en Salud: 120 horas (2,5 créditos).</p>	<p>Diplomado en Gestión comunitaria en Atención Primaria en Salud: 72 a 120 horas.</p>
<b>Propuesta temática para el desarrollo de cursos o diplomados que se deben desarrollar o adaptar</b>	<p>Bioética.</p> <p>Humanización en salud.</p> <p>Buen trato al paciente.</p> <p>Derecho a la salud.</p> <p>Salud familiar y comunitaria.</p> <p>Normativa en salud pública.</p> <p>Uso de sistemas de información.</p> <p>Educación en salud.</p>	<p>Buen trato al paciente.</p> <p>Humanización en salud.</p> <p>Derecho a la salud.</p> <p>Salud familiar y comunitaria.</p> <p>Normativa en salud pública.</p> <p>Uso de sistemas de información.</p> <p>Educación para la salud.</p> <p>Atención preventiva.</p>	<p>Derecho a la salud.</p> <p>Normativa en salud pública.</p> <p>Educación para la salud.</p> <p>Atención preventiva.</p> <p>Emergencias y desastres.</p> <p>Telemedicina.</p> <p>Vacunación.</p>

<p>Educación interprofesional. Educación para la salud. Atención preventiva. Emergencias. Atención domiciliaria. Uso de tecnologías de información y comunicación. Telemedicina. Análisis crítico de la literatura. Epidemiología. Herramientas administrativas y gerenciales. Seguridad del paciente. Gestión clínica. Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico y comunitario. Sala ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda). Salud escolar. Salud ambiental. Salud del migrante. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.</p>	<p>Emergencias y desastres. Atención domiciliaria. Telemedicina. Seguridad del paciente. Vacunación. Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) comunitario. Sala ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda). Enfermedades transmitidas por vectores. Salud escolar. Salud ambiental. Salud del migrante. Enfermedades transmitidas por vectores. Salud escolar. Salud ambiental. Enfermedades transmitidas por vectores. Salud escolar. Salud ambiental. Enfermedades transmitidas por vectores. Salud escolar. Salud ambiental. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Vigilancia epidemiológica. Herramientas para un diagnóstico comunitario en salud.</p>	<p>Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) comunitario. Sala ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda). Enfermedades transmitidas por vectores. Salud escolar. Salud ambiental. Salud del migrante. Salud en los distintos grupos del curso de vida: Salud materno-infantil Salud del niño Salud del adolescente Salud de la mujer Salud del adulto Salud del adulto mayor. Salud mental. Herramientas para un diagnóstico comunitario en salud.</p>
--	---	---

<b>Metodología y propuesta pedagógica</b>	Para este nivel de formación se establecerá un proceso que se llamará “Desarrollo profesional permanente en salud (DPSS)”. Este proceso establecerá cursos y propuestas formativas que estarán disponibles (dependiendo de convocatorias) para la formación de los profesionales de la salud. El programa debe cumplir lo siguiente: diseñarse con créditos que sean reconocidos como parte del DPSS, para que, como mínimo, cada profesional tome 5 créditos al año. Cada curso deberá diseñarse mínimo de 0,25 créditos (12 horas) y máximo de 3 (144 horas). La metodología podrá ser presencial, virtual o híbrida, y deberá ajustarse a la temática y condiciones del personal a formar.	Para este nivel de formación se establecerá un proceso que se llamará “Desarrollo de formación permanente en salud (DFPS)”. Este proceso establecerá cursos y propuestas formativas que estarán disponibles (dependiendo de convocatorias) para la formación de los auxiliares/técnicos de la salud, y otros profesionales a nivel departamental y local. El programa debe cumplir lo siguiente: diseñarse con créditos que deben ser reconocidos como parte del DPSS, para que, como mínimo, cada auxiliar/técnico u otro profesional deberá tomar 5 créditos al año. Cada curso deberá diseñarse mínimo de 0,25 créditos (12 horas) y máximo de 3 (144 horas).	Para este nivel de formación se debe hacer una objetivación y adaptación de los contenidos para un nivel comunitario. Así mismo, los contenidos deben ser cortos, y pueden ser presenciales, virtuales o mixtos. Por lo cual, se propone lo siguiente: Adaptación a un lenguaje comunitario. Delimitar en los contenidos estrategias para informar, comunicar y educar. Los procesos formativos deben ser entre 1 a 10 horas (máximo y a excepción del Diplomado) Se deben priorizar los procesos presenciales (aunque también se aceptan procesos virtuales o híbridas), sin embargo, se desarrollarán recursos educativos digitales (que quedarán en un repositorio) que podrán complementar la formación.
---	---	--	--

<p>El programa DPPS será un programa modular en el que, para un periodo de 3 a 4 años y si el participante completa 24 créditos, tendrá el equivalente a una especialización que podrá llamarse: Atención integral en salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Educación y un grupo de entidades formadoras de talento humano, deberán establecer las condiciones para aprobar y certificar estos cursos (con créditos) y, eventualmente, su reconocimiento como especialización.</p> <p>Las secretarías de salud a nivel departamental y local deberán conocer estas propuestas formativas para su promoción y financiación (parcial o total).</p>	<p>La metodología podrá ser presencial, virtual o híbrida, la cual, deberá ajustarse a la temática y condiciones del personal a formar.</p> <p>Este programa será modular, y el personal que quiera trabajar en instituciones de salud o secretarías de salud deberá tomar por lo menos 5 créditos al año</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Educación y un grupo de entidades formadoras de talento humano deberán establecer las condiciones para aprobar y certificar estos cursos (con créditos).</p> <p>Las secretarías de salud a nivel departamental y local deberán conocer estas propuestas formativas, para su promoción y financiación (parcial o total).</p>	<p>El proceso debe implementarse por profesionales de la salud, auxiliares/técnicos en salud, y por otros profesionales de la salud, los cuales, deben ser formados en cascada para que sean formadores y educadores hacia la comunidad.</p> <p>Cada integrante de la comunidad debe certificarse por cada proceso superado (ya sea físico, digital o por insignias).</p> <p>Todo este proceso se enmarca en un programa llamado “Líderes en salud comunitaria (LSC)”.</p> <p>El proceso completo puede durar entre 3 y 4 años, y al final, si un porcentaje importante de integrantes completa el proceso, la comunidad podrá adquirir la condición de un “entorno sano y seguro o un entorno saludable”.</p> <p>Las secretarías de salud a nivel departamental y local deberán conocer estas propuestas</p>
---	---	---

	<p>Se debe pensar que el DPPS ha de hacer parte de un proceso de certificación y recertificación profesional.</p>	<p>Se debe pensar que el DPPS debe hacer parte de un proceso de certificación y recertificación profesional. Los contenidos deben estar adaptados para un nivel auxiliar/técnico.</p>	<p>formativas, las cuales, para su promoción y financiación (total), deben enmarcarse en los planes territoriales de salud.</p>
<p><b>Elementos transversales</b></p>	<p>De forma transversal se deben incluir y adaptar elementos en todos los niveles y propuestas formativas de: comunicación, liderazgo, trabajo en equipo, negociación, resolución de conflictos, salud intercultural, gestión del cambio.</p> <p>Los cursos propuestos se ajustarán y actualizarán según las necesidades del país y también según los referentes académicos nacionales e internacionales en salud y educación en salud.</p>		

Es importante reconocer que en Colombia existen avances de programas de formación que aportan al mejoramiento de competencias para el recurso profesional, técnico y comunitario.

## Propuesta de desarrollos complementarios

Por otro lado, también se tienen elementos que desde el CVSP se podrían desarrollar de manera conjunta con otros actores, elementos que son específicos y se complementan con la propuesta formativa:

### Desarrollo de curso para gestores de salud en territorios indígenas y dispersos

Este proceso formativo se ofertará en formato híbrido y permitirá desarrollar competencias mediante el trabajo dirigido en el aula, acompañado con materiales grabados para su desarrollo. Teniendo en cuenta aspectos relativos con la movilidad de expertos, este desarrollo se estructura con la figura de un tutor o conductor temático, quien no es un especialista en el contenido a desarrollar, sino que orienta y guía al participante en su proceso de aprendizaje. Bajo este formato se estructurarán los seis módulos en que se orienta la actividad pedagógica mediante la estrategia “inteligencia práctica y social” a través de las siguientes técnicas: el botón de pausa, la técnica del rompecabezas y el pensamiento visible, complementado con microconferencias tipo TED (25).

Con ello se favorece aplicar la experiencia ganada por el participante al abordar una situación problema relacionada con necesidad de salud e intervención. En este sentido, la herramienta busca reconocer la experiencia propia para resolver un problema de salud en la comunidad –qué mensajes desde mi rol me orientaron a trabajar con el tema en la comunidad y cómo se traducen estos mensajes en la institución donde laboro—. A partir de acá, se orienta en determinar cómo reflexionar sobre mi actuación, detectar aspectos facilitadores, barreras y oportunidades de mejora; qué situaciones me ayudan a generar o favorecer resultados alentadores y comprometer a los implicados en el problema (comunidad y actores externos); cómo hablar a la comunidad, cómo hablar con

el ente o representante de autoridad, cómo hablar con el tomador de decisiones; cómo generar cambios y competencias para presentar problemas y construir soluciones conjuntas (26).

El modelo que integra estos elementos se denomina: “Aula-Mente-Creativa” (19, FIGURAS 36 y 37), en el cual el rol del docente o facilitador, según la estructura de planificación del proceso formativo, está soportado en un 80 % en actividades prácticas en el aula y un 20 % en la sesión teórica o expositiva. En él se espera que el docente sea transformador de vida, del aprendizaje, lo que facilita los circuitos creativos y de aprendizaje que se documentan en este modelo.



**Figura 36.** Rol docente para un Aula-Mente-Creativa

Fuente: Adaptado de Gómez Barbosa M., Palacio Durán E., Mendoza Guerra J. M. y Mendinueta M. (27).



**Figura 37.** Propuesta formativa Aula-Mente-Creativa

Fuente: Adaptado de Gómez Barbosa M., Palacio Durán E., Mendoza Guerra J. M. y Mendinueta M. (27).

Se ofrecerá un curso introductorio y luego se complementará la formación específica en “gestión de salud pública en el primer nivel de atención con una serie de” micro cursos temáticos que permitirán la cualificación en competencias en gestión o desempeño de salud pública. Para ello, se contará con asesoría del SENA y del Ministerio de Salud y Protección Social; el curso se organiza en 2 bloques:

### *Bloque I:*

Temáticas del curso para gestores: inicialmente se desarrollará el curso de Profundización Técnica (3 meses en modalidad dual o virtual; 90 horas presenciales concentradas o 90 horas virtuales desarrollando seis contenidos):

1. Introducción al abordaje de salud integral intercultural.
2. Estructura y organización de los servicios de APS y SISPI.
3. Cosmovisión étnica adaptada a territorios - Dolencias y afectaciones del territorio.
4. Las afecciones o dolencias no médicas (espíritu).
5. Rutas de atención en salud y diagnóstico de familias.
6. Diagnóstico de APA (atención primaria ambiental y de territorio) – Determinación de necesidades – Plan de trabajo (anual).

Otras temáticas: Primeros auxilios para agentes comunitarios en territorios dispersos; Liderazgo y Participación Social

### *Bloque II:*

Cursos de Operario (Duración seis meses cada curso). Estos cursos se establecerán en función de necesidades del territorio:

1. Cuidado básico de familias con riesgo (violencia, enfermedades crónicas y gestantes/niños con desnutrición) (120 horas).
2. Cuidado básico en salud mental (mhGAP comunitario para determinar familias y sujetos en riesgos, intervención de familias en crisis, intervenir en factores de promoción y cuidado de salud mental) (120 horas).
3. Cuidado básico en alimentación y uso de alimentos (se trabajará con el anexo técnico adaptado a las necesidades y al territorio en comunidades étnicas: Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019 (120 horas).

Estos cursos buscan que el estudiante realice un diagnóstico a partir de los insumos brindados en ellos, establezcan un plan de acción que permita identificar estrategias de mejora a corto plazo con resultados factibles a partir de las necesidades del entorno y de los mecanismos que les faciliten desarrollar su plan de trabajo. Con ello se van desarrollando capacidades y se fortalece el modelo de atención y actuación en el territorio. Todo esto debe estar articulado con las universidades que apoyen en los territorios, junto con las entidades de salud local, o que operan allí, y el aval de la comunidad involucrada.

### Técnico en Gestión Comunitaria y Salud Pública integrada al contexto indígena

Este programa se debe crear para brindar a los territorios con población étnica y en los municipios PDET la posibilidad de insertar e involucrar personal con alta calidad laboral y profesional que contribuya al fortalecimiento y gestión de la salud pública en contextos vulnerables y étnicos, de manera que favorezca el desarrollo y la reducción de brechas en el cuidado de la salud, e incremente el bienestar en la comunidad.

Este programa complementario permite que el personal de las regiones vulnerables y municipios PDET se cualifique a fin de incrementar la fuerza de trabajo en el sector del talento humano en salud, abordando los aspectos de la salud intercultural en el marco de los acuerdos y requerimientos para avanzar en el SISPI y ofreciendo, adicionalmente, un THS para municipios PDET enfocado en la atención de grupos vulnerables en los diferentes programas que se ofrecen desde los entes de salud en el territorio en el marco del modelo de salud vigente y la actuación en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Con lo anterior se forma un personal de enlace con el sector salud, la comunidad y el ente territorial, en actuaciones de promoción de la salud que involucren saberes y prácticas del territorio socialmente aceptadas, que den valor a la promoción de la salud, prevengan la dolencia o enfermedad actuando a lo largo del curso de vida y en la atención de familias.

Duración del curso formativo-práctico: (18 meses – 6 trimestres).

- a. Etapa académica (cursos troncales): tres meses (curso de gestor y dos cursos básicos).

- b. Etapa práctica supervisada en terreno: tres meses (tutoría con supervisión, seguimiento y evaluación acompañado por SENA e IES del territorio/ IE Padrino).
- c. Etapa de productividad y desarrollo: tres meses (periodo de trabajo supervisado con miras a certificarse y potencialmente ser incluido en la planta de trabajo en: ente de salud, ente o localidad (cabildo/resguardo, ONG, ente territorial).

Programa académico (Diplomados) ofrecido por el CVSP-OPS para estudiantes de pregrado y posgrado, y profesores de las instituciones formadoras de talento humano

- a. Atención Primaria y Redes Integradas (120 horas).
- b. Equidad y Determinantes Sociales (120 horas).
- c. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (120 horas).
- d. Estrategia en salud mental mhGAP (80 horas a 100 horas).
- e. Gestión Comunitaria en APS (120 horas).

Estos cursos –orientados a estudiantes de programas de pregrado y posgrado y a profesores de las instituciones formadoras de talento humano en salud– tendrán créditos y podrán ser homologados o reconocidos en las instituciones que ofrecen programas de especialización en salud familiar y/o maestrías en salud pública, epidemiología, salud colectiva, entre otras; como también se integrarán en la propuesta de “Atención Integral en Salud”. Con esta oferta se busca que estos cursos añadan un valor agregado a la flexibilización curricular y la internacionalización en casa sin costo, dentro de los programas que hacen parte del convenio con OPS y las IES del CVSP Nodo Colombia.

Propuesta para programas de pregrado/posgrado de salud y humanidades

Dentro de los programas académicos, de acuerdo con la discreción universitaria y ajustados a su misión, visión y extensión, se propone la conformación de escenarios de responsabilidad social y extensión mediante la oferta de actividades del tipo voluntariado o red para fortalecer y generar capacidad en atención

primaria en salud; o el desarrollo de prácticas formativas tipo año social libre para desempeñar actuaciones en atención primaria involucrando el paquete de cursos denominados.

Para finalizar, las nuevas propuestas formativas que se desarrollen deben ser sencillas, cortas y concretas –priorizando lo presencial y el trabajo en el territorio, pero con alternativas de modalidad híbrida para tener contacto y consulta con expertos de manera virtual, pero con implementación y práctica presencial–, como también, adaptadas según el nivel de formación (profesional, técnico/auxiliar, otras profesiones o comunidad en general).

Por otro lado, se deben fortalecer los procesos de telemedicina, desde la telemedicina, la tele enfermería, la tele odontología (acompañamiento a territorios vulnerables y dispersos) y desde la teleeducación (actualización permanente), los cuales pueden servir de alternativa de formación del personal de salud, pero también, como un proceso de formación a formadores. Este debe ser un proceso escalonado, en que de forma triangular exista una armonización entre los tomadores de decisiones (Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación, MinTic y Minciencias), las entidades formadoras de talento humano, el CVSP y los actores a nivel local (secretarías de salud y prestadores).

## Bibliografía

1. Guerrero E, Tuesca R, Hernández E. Décadas perdidas y ganadas de la Atención Primaria de la Salud (APS): el sentir, la necesidad y sus antecedentes en la ruta de la Constitución del 91. En: El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991: retos y aprendizajes. Otálvaro G y Guerrero J, editores. Medellín: Fondo Editorial FCSH, Universidad de Antioquia; 2022: 330-57.
2. Vega R, Giovanella L, Oliveira S, Fidelis P, Tejerina H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*. 2015; 39(105): 300-22. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nPvTxpJ-3th9XwY83zTrjZPw/abstract/?lang=es>
3. Rodríguez D, Llop R, Barceló M E, Cucurull E, Vallés J A, Diogène E & Casadevall J. Encuesta sobre las necesidades sentidas por médicos de atención primaria sobre la formación continuada en terapéutica farmacológica. *Atención Primaria*. 2002; 30(10), 618-23.

4. Hernández-Rincón E H, Pimentel-González J P, Aramendiz-Narvaez M F, Araújo-Tabares R A, Roa-González, J M. Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia. *Medwave*. 2021; 3: e8147.
5. Giraldo A y Vélez C. La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria*. 2013; 45(7): 384-92.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Serie No.1: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington. 2008. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31333/9789275332627-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
7. Padilla J. *Atención Primaria: fundamentos, reformas y ¿futuro?* 2014. <https://es.slideshare.net/javithink/atencion-primaria-fundamentos-reformas-y-futuro>
8. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 26(2): 176-83. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v26n2/11.pdf>
9. Hernández E, Tuesca R, Guerrero E, Gutiérrez H, Agudelo N y Listovsky G. Desarrollo profesional permanente en salud por intermedio del Campus Virtual de Salud Pública en Colombia (2012-2019). *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e105.
10. Hernández E, Tuesca R, Guerrero E, Gutiérrez H, Guemes. Experiencia de Sensibilización de Talento Humano en Salud en Atención Primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) Nodo Colombia (2013-2015). *Salud Uninorte*. 2015; 31(3): 501-13. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.3.7792>
11. Schonhaut L. Educación multiprofesional como estrategia para la atención primaria de salud: aprendiendo juntos para trabajar en equipo. *Rev. Educ. Cienc. Salud*. 2007; 4(1): 29-31. <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol412007/artexp4107a.pdf>
12. Bruno V, Bustamante M, Jiménez A, Maldonado L, Segura I, Tuesca R. Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. *Salud Uninorte*. 2015; 31 (2): 295-308. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n2/v31n2a11.pdf>
13. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández J A. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Atención primaria*. 2005; 36(7), 358-64. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepciones-expectativas-sobre-atencion-primaria-13080291>
14. Así vamos en salud. Informe anual 2014. Atención Primaria en salud: Avances y retos. Colección Tendencias de la salud en Colombia. 2014. [https://www.researchgate.net/publication/332570333\\_Informe\\_Anuar\\_2014\\_Atencion\\_Primaria\\_en\\_Salud\\_Avances\\_y\\_Retos\\_en\\_Colombia\\_Observatorio\\_Asi\\_Vamos\\_en\\_Salud](https://www.researchgate.net/publication/332570333_Informe_Anuar_2014_Atencion_Primaria_en_Salud_Avances_y_Retos_en_Colombia_Observatorio_Asi_Vamos_en_Salud)

15. Betancurth-Loaiza D P, Vélez-Álvarez C, Sánchez-Palacio N, Jaramillo-Ángel C P. Atención Primaria Social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa. *Salud UIS*. 2022; e22016. <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22016>
16. Sánchez M. Participación e incidencia de la mujer rural, del municipio de la Dorada Caldas; en la construcción de políticas públicas. Un análisis desde la perspectiva de empoderamiento. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/52023>
17. Penagos Y, Arrivillaga M. Programa intercultural de promotores de salud comunitaria: sistematización de experiencia en el municipio indígena de Jambaló, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2021; 20: 1-22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pips>
18. Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez J F, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(1): 47-53. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n1/47-53>
19. Hernández E. Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población [Tesis doctoral]. Alicante: RediUMH, Universidad Miguel Hernández; 2017. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4814/1/TD%20Hernandez%20Rinc%C3%B3n%20Erwin%20Hernando.pdf>
20. Hernández E, Acevedo P, Ávila P, Sánchez J, Quiroga M. La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia. *Edu Med Super*. 2020; 34(1): 1-16. <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v34n1/1561-2902-ems-34-01-e1674.pdf>
21. Bascolo E, Houghton N, del Riego A, Fitzgerald J. A Renewed Framework for the Essential Public Health Functions in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44: e1 19. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52801/v44e1192020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Moreno M, Hernández E, Ayala A, Correal C. Enseñanza y aprendizaje de los determinantes sociales en salud en la región de las Américas. *Edu Med Super*. 2021; 35(3): e2730. <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2730/1258>
23. Hernández E, Pimentel J, Orozco D, Carratalá C. Inclusion of the Equity Focus and Social Determinants of Health in Health Care Education Programmes in Colombia: a Qualitative Approach. *Family Practice*. 2016; 33(3): 268-73. Doi: 10.1093/fampra/cmw010
24. Haddad A, Skelton M, Campos F. Programa Nacional de Telemedicina y Tele-salud en Brasil. En: Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual. Fátima A y Fernández A, editores. Santiago de Chile: CEPAL; 2014: 465-70

25. Lukas B, Claxton G. Nuevas inteligencias nuevos aprendizajes. Madrid: Narcea; 2014.
26. Ambrose S, Bridges M, DiPietro M, Lovett M, Norman M. Cómo funciona el aprendizaje. 7 principios basados en la investigación para una enseñanza inteligente. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte; 2017.
27. Gómez M, Palacio E, Mendoza J, Mendinueta M. Sistema escenarios de aprendizajes creativos: Circuitos y estaciones didácticas como estrategia humanizada para la Educación Superior. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2020.

## **Objetivo 4:** Costo del talento humano. Servicios incluidos en la Rutas Integrales de Atención en Salud (Resolución No. 3280 de 2018)

*Dr. Rafael Nicolas Valencia Torres<sup>1</sup>*

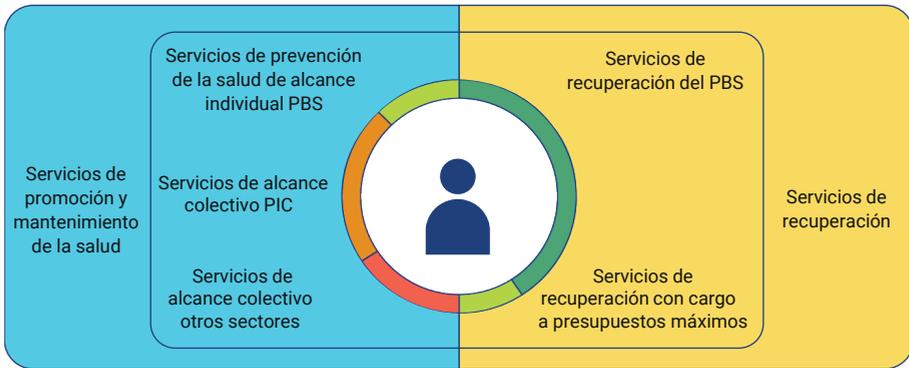
### Introducción

Teniendo en cuenta el modelo de aseguramiento actual, la estructura del financiamiento de la atención en salud de los colombianos está relacionada estrechamente con la forma en que se plantea el cubrimiento de los servicios que se deben prestar para garantizar la salud de las personas (FIGURA 38).

Se entiende que el sistema colombiano considera servicios de promoción y mantenimiento para evitar que las personas se enfermen y para detectar precozmente su exposición a riesgos sanitarios, de otra parte, el modelo incluye servicios de recuperación que se deben utilizar para controlar, minimizar o eliminar los riesgos en salud ya instaurados en las mismas personas. Con relación a los servicios de promoción y mantenimiento, algunos son de alcance individual, financiados por parte del Plan Básico De Salud (PBS), mientras que otros son de alcance colectivo, financiados por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y otros son también colectivos, pero son responsabilidad de sectores diferentes al sector salud (agua potable, disposición de residuos sólidos).

---

1. Médico cirujano. Magíster en Saneamiento y Desarrollo Ambiental. Magíster en Epidemiología. Dirección de Epidemiología e Investigación, Caminos IPS. SAS. Miembro de la Asociación Colombiana de Epidemiología. Correo electrónico: rafael.valencia@caminosips.com



**Figura 38.** Estructura del modelo de aseguramiento colombiano

Fuente: Elaboración propia

Con relación a los servicios de recuperación, el sistema colombiano los incluye en su Plan Básico de Salud. El suministro de tecnologías de salud nuevas y servicios complementarios se financia con cargo al fondo de Presupuestos Máximos o vía recobro (Recursos diferentes a la UPC), previa prescripción diligenciada en el MIPRES (Resoluciones 205/2020; 1885 y 2438 de 2018).

En este capítulo se busca presentar un cálculo sobre el costo de los servicios de salud para cubrir la ruta de promoción de la salud y la ruta materno perinatal con relación a la UPC, en lo que respecta exclusivamente al talento humano requerido. Esta medición permite comprender que si la UPC en cada territorio es utilizada al 100 %, sería factible financiar equipos interdisciplinarios con capacidad resolutoria aunque se aclara que existen otros costos involucrados en la atención relacionados con servicios que facilitan la valoración de los pacientes, así como costos indirectos y gastos que necesitan considerarse en el análisis de suficiencia de la UPC correspondiente.

## Costo de la intervención

En la nota técnica que se anexa se precisa el alcance del valor de la intervención (Anexo 2), en el documento se incluye la explicación del cálculo. Se presenta a continuación el resumen final (FIGURA 39).

No.	Perfiles	TOTAL Horas Promotor es de salud	TOTAL horas VISITAS FAMILIARES	Horas mes por perfil	Tempo administrativo RH operativo	Tempo entrenamiento RH operativo, tático y estratégico	Tempo administrativo RH (Enfermeras y profesionales)	Cantidad de RH por perfil sin vacaciones (Imprevisibles)	Tempo vacaciones en horas proporcional por mes	Tempo imprevisibles e incidencias en horas proporcional por mes	Cantidad de RHH por perfil por vacaciones e imprevisibles	Asignación mensual por cada trabajador	Asignación mensual de la totalidad de Trabajadores	Cantidad de afiliados por cada uno de los tipos de equipo 3280
1	Médico general	73352.2	0.0	73352.2	6602	4401	439.3	4393	2343	474.4	5.610.240	2.661.700.256	1.618	
2	Médico especialista GO	8699	0.0	8699	78	52	5.2	52	28	5.6	13.623.040	71.021.441	136.466	
3	Médico especialista Pediatría	837.7	0.0	837.7	75	50	5.0	50	27	5.4	12.623.040	68.390.325	141.716	
4	Odonatología	60868.9	0.0	60868.9	5478	3652	364.6	3646	1944	393.7	5.610.240	2.208.723.375	1.950	
5	Auditor	7775.8	0.0	7775.8	700	467	46.6	466	248	2.48	50.3	6.311.520	15.266	
6	Enfermería profesional	53955.2	0.0	53955.2	3237	21582	410.3	4103	2188	443.0	4.207.680	1.864.212.356	1.733	
7	Nutricionista	2009.4	0.0	2009.4	181	121	12.0	120	64	13.0	4.207.680	54.684.584	59.078	
8	Psicología	1698.9	0.0	1698.9	102	102	10.2	102	54	11.0	4.207.680	46.235.142	69.875	
9	Fisioterapeuta	1126.6	0.0	1126.6	101	68	6.7	67	36	7.3	4.207.680	30.660.642	105.369	
10	Trabajador Social	1501.4	0.0	1501.4	135	90	9.0	90	48	9.7	4.207.680	40.861.327	79.064	
11	Auxiliar enfermería	36648.2	0.0	36648.2	3298	2199	219.5	2195	1171	237.0	2.524.608	598.426.197	3.239	
12	Auxiliar Salud Oral	51740.5	0.0	51740.5	4657	3099	309.9	3099	1653	334.7	2.524.608	844.868.895	2.294	
13	Promotor de salud	90479	59653.3	68701.2	6183	4122	411.5	4115	2195	444.4	2.524.608	1.121.818.452	1.728	
14	Gestor comunitario	45648.2	0.0	45648.2	4108	2739	273.4	2734	1458	295.2	2.103.840	62.115.660.7	2.601	
<b>Total por servicio o momento de ate</b>		<b>347081</b>	<b>59653.3</b>	<b>406734</b>	<b>31750</b>	<b>24494</b>	<b>2523</b>	<b>25233</b>	<b>13458</b>	<b>2725</b>	<b>10.550.187.756</b>	<b>83.0%</b>		
15	RHH administrativo estratégico			10463	628	628	58	578	308	62	13.623.040	787.395.125		
16	RHH administrativo tático			26158	1569	1569	144	1444	770	156	4.908.960	765.537.671		
17	RHH administrativo Operativo			52316	3139	289	289	2888	1540	312	1.963.584	612.430.137		
<b>total Apoyo</b>				<b>88937</b>	<b>5336</b>	<b>491</b>	<b>4910</b>	<b>2619</b>		<b>530</b>	<b>2.165.362.933</b>	<b>17.0%</b>		
											Valor nómina mes	12.715.550.669		
											Valor nómina año	152.586.608.028		
											Cantidad de afiliados	767.805		
											Valor por afiliado	198.731		
											% UPC Subsidiado	20.6%		
											% UPC contributivo	17.9%		

Figura 39. Resumen de la Nota Técnica para servicios de la Resolución No. 3280 de 2018

Fuente: Nota Técnica equipo Objetivo 4. 2022

Según la estructura presentada, la financiación de la Resolución No. 3280 de 2018 provendría directamente de la fracción de la UPC destinada a respaldar estos servicios que ya se encuentran incluidos en el Plan Básico de Salud administrado por las EAPB; los únicos servicios incluidos en la propuesta con otra potencial fuente son los ejecutados por los gestores comunitarios que pueden ser financiados por los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas, cuyos ordenadores del gasto son los entes territoriales.

## Viabilidad de la propuesta

En primera instancia, es necesario tener en cuenta que:

La población objeto de atención en los cinco municipios seleccionados asciende a 767.805 personas, según proyecciones DANE para el 2022 (FIGURA 40).

SERVICIOS	Cantidad de Talento Humano por Municipio y Total					
	18753_ San Vicente del Caguán	18756_ Solano	52001_ Pasto	52835_ San Andrés de Tumaco	91001_ Leticia	Total Talento Humano
Médico general	31,5	6,6	246,9	158,7	30,9	474,4
Médico especialista GO	0,3	0,0	3,8	1,1	0,4	5,6
Médico especialista Pediatría	0,3	0,0	3,6	1,0	0,4	5,4
Odontología	29,9	7,0	193,4	141,3	22,2	393,7
Auditor	3,7	0,9	24,2	18,6	3,0	50,3
Enfermería profesional	32,1	7,1	220,3	154,3	29,4	443,0
Nutricionista	0,7	0,1	8,7	2,5	1,0	13,0
Psicología	0,6	0,1	7,4	2,1	0,9	11,0
Fisioterapeuta	0,4	0,0	4,9	1,4	0,6	7,3
Trabajador Social	0,5	0,1	6,5	1,8	0,8	9,7
Auxiliar enfermería	22,9	6,2	92,2	104,7	11,0	237,0
Auxiliar Salud Oral	25,7	6,1	163,0	121,6	18,3	334,7
Promotor de salud	33,7	8,1	209,6	160,6	32,4	444,4
Gestor comunitario	27,0	7,1	122,0	124,3	14,9	295,2
<b>Total por servicio o momento de atención</b>	<b>182,2</b>	<b>49,2</b>	<b>1.306,6</b>	<b>993,9</b>	<b>166,2</b>	<b>2.724,8</b>
RRHH administrativo estratégico	4,2	1,1	29,9	22,7	3,8	62,4
RRHH administrativo táctico	10,4	2,8	74,8	56,9	9,5	155,9
RRHH administrativo Operativo	20,9	5,6	149,6	113,8	19,0	311,9
<b>Total TH administrativo</b>	<b>35,5</b>	<b>9,6</b>	<b>254,3</b>	<b>193,4</b>	<b>32,3</b>	<b>530,2</b>
<b>Total Población a atender por municipio y general</b>	<b>53.716</b>	<b>11.749</b>	<b>393.010</b>	<b>257.326</b>	<b>52.004</b>	<b>767.805</b>

Figura 40. Población de los cinco municipios (DANE 2022) y talento humano para atenderlos según servicios de la Resolución No. 3280 de 2018

Fuente: Nota técnica objetivo 4. 2022

Esta propuesta solo tiene en cuenta el talento humano que se necesita (FIGURA 39), pero no incluye los servicios de apoyo y los gastos relacionados con la logística de la operación.

Se logra documentar que el valor anual calculado (152.586.608.028 pesos M/Cte.), aún con estas exclusiones, representa el 20,6 % de la UPC del régimen subsidiado y el 17,9 % del régimen contributivo, situación considerada altamente favorable entendiendo que los servicios incluidos le apuntan a prevenir, detectar de forma precoz y resolver oportunamente los riesgos en salud con más alta incidencia y prevalencia de la población colombiana, es decir el 80 % de lo que debe resolver el sistema actual. Es importante precisar que esta inversión calculada requiere garantizar que los equipos interdisciplinarios en los territorios tengan a plenitud la capacidad resolutive esperada para lograr acceso a servicios de salud oportunos y también resolver la complejidad de mantener sanas las personas. Este punto conlleva la responsabilidad de definir un proceso de formación continua y el compromiso de las universidades e institutos tecnológicos de modificar sus procesos formativos utilizando campos de práctica en los territorios y no limitándose a formaciones teóricas.

## Disponibilidad del talento humano en los territorios

Con relación a la disponibilidad del talento humano, la nota técnica diferencia perfiles asumiendo que se podría disponer de su totalidad en el caso de la zona urbana y solo se contaría con médico general, enfermera, diferentes auxiliares y gestor en las zonas rurales. La propuesta incluye la preparación y entrenamiento de estos perfiles destinados para las zonas rurales en la aplicación de las herramientas a utilizar, por lo que no estarían disponibles, adicionalmente el componente de comunicaciones se desarrollaría para facilitar el apoyo técnico en la toma de decisiones en las labores a desarrollar por estos equipos propuestos en los entornos rurales institucionales y en los entornos extramurales. También es importante resaltar que la mejora de las condiciones salariales y contractuales facilitaría el reclutamiento de los equipos en estas zonas de difícil acceso.

## Mecanismos propuestos para la constitución de los equipos de trabajo

Teniendo en cuenta la cantidad de servicios esperados para la vigencia anual a realizar, es necesario realizar varias tareas de soporte que facilitarían la programación y ejecución de la prestación de servicios, las tareas facilitadoras se relacionan a continuación:

1. El análisis de la oferta con que se cuenta en el territorio para la potencial demanda establecida en la nota técnica, este análisis de la oferta incluye la pública y la privada. Este análisis de brecha debe definir cuáles y cuántos servicios faltaría incluir en la oferta actual y cuántos servicios deberían disminuir su oferta (en caso de que se presente la situación).
2. Luego debe definirse el censo de profesionales y técnicos disponibles en las unidades territoriales y su peso en la capacidad instalada, que se necesitaría para la demanda esperada según la misma nota técnica.
3. Este talento humano debe discriminarse entre los que ya están vinculados a la Red de Prestación de Servicios que atienden a estas rutas de atención y los que tienen otros tipos de prestadores de servicios en los que laboran; también se necesita saber si los servicios que prestan son los relacionados con la Resolución No. 3280 o están prestando servicios diferentes a los definidos en esta norma.
4. Con esta información se debe precisar la cantidad y el tipo de talento humano que falta reclutar para prestar la totalidad de los servicios incluidos en las rutas integrales de atención para promoción y mantenimiento de la salud y de riesgo obstétrico para zona urbana y zona rural.
5. Debe organizarse al talento humano según poblaciones asignadas, distribuyéndolo según criterios territoriales y no seleccionando cohortes de riesgo específicas. Con relación a la asignación, debe iniciarse con el cubrimiento urbano y empezar a completar los equipos hasta llegar a la totalidad de la zona rural, el tiempo sugerido máximo para el cubrimiento total es de 6 meses.
6. La distribución deberá tener en cuenta la cantidad de personas asignadas por perfil de talento humano según el siguiente cuadro (FIGURA 41). Los

promedios altos incluyen zona urbana y rural y estos talentos humanos con estos promedios están orientados sobre todo a la cohorte de riesgo obstétrico y perinatal.

SERVICIOS	Promedio de personas a atender por cada perfil de talento humano					Promedio total
	18753_San Vicente del Caguán	18756_Solano	52001_Pasto	52835_San Andrés de Tumaco	91001_Leticia	
Médico general	1.707,6	1.787,3	1.591,5	1.621,4	1.684,7	1.618,4
Médico especialista GO	178.506,0	348.861,8	103.887,8	241.654,0	117.286,3	136.466,3
Médico especialista Pediatría	185.356,3	361.893,5	107.886,2	250.945,6	121.758,7	141.716,4
Odontología	1.798,6	1.686,4	2.032,2	1.821,1	2.343,1	1.950,3
Auditor	14.673,8	13.796,2	16.226,6	13.858,0	17.349,3	15.266,5
Enfermería profesional	1.673,6	1.654,3	1.784,0	1.668,1	1.770,9	1.733,0
Nutricionista	77.179,9	153.094,1	45.035,9	104.374,2	50.399,7	59.078,4
Psicología	91.364,0	180.671,8	53.193,1	123.685,5	60.006,0	69.874,9
Fisioterapeuta	137.778,6	274.765,3	80.209,3	186.516,4	90.481,6	105.368,9
Trabajador Social	103.370,9	205.739,0	60.188,6	139.940,1	67.881,7	79.064,4
Auxiliar enfermería	2.344,4	1.900,8	4.264,8	2.456,7	4.706,9	3.239,2
Auxiliar Salud Oral	2.086,3	1.937,7	2.410,4	2.116,6	2.848,9	2.294,3
Promotor de salud	1.593,1	1.457,7	1.874,9	1.602,5	1.605,9	1.727,9
Gestor comunitario	1.990,9	1.660,3	3.221,3	2.070,8	3.483,4	2.600,5

**Figura 41.** Personas asignadas por perfil del talento humano en los cinco municipios según servicios a prestar de la Resolución No. 3280 de 2018

Fuente: Nota técnica equipo Objetivo 4. 2022

7. En el reclutamiento del talento humano deberá tenerse en cuenta:
  - a. en lo posible utilizar talento humano de las unidades territoriales a atender,
  - b. su disponibilidad para trasladarse a zonas rurales dispersas por varios días,
  - c. el perfil de trato humanizado asegurado por la capacidad de atender a personas pobres vulnerables con enfoque de género,
  - d. su capacidad de educar a las personas de la comunidad.
8. Si hay etnias de interés asegurar que entre los gestores se seleccionen de forma que puedan transmitir la información, realizar la educación y comunicar la información relacionada con la conservación de la salud por ciclo vital y por condición de riesgo obstétrico y perinatal. Organizar las guías educativas para la actualización y formación del talento humano según perfil, servicios y cohortes de interés a atender, las guías se convertirían en el soporte del programa de educación continuada territorial, que se replicaría y actualizaría anualmente. La formación debe asegurar que el talento humano estará correctamente entrenado y listo para la atención con calidad de la población objetivo.

9. Se sugiere que la evaluación de desempeño sea trimestral. Para ella se incluirá: 1) el éxito de su formación en la valoración de la gestión de los trabajadores, 2) la cantidad de los servicios prestados según lo programado (Nota Técnica) y 3) el éxito en los logros en salud esperados según la norma marco de servicios complementarios adicionales a las consultas y actividades educativas y de apoyo logístico.

En la propuesta no se incluyeron los valores relacionados con procedimientos intramurales diferentes a las consultas o actividades educativas individuales o grupales ejecutadas por los equipos de salud que se encuentran definidos en la Resolución No. 3280 de 2018. A continuación (FIGURA 42), se relacionan los servicios complementarios adicionales no costeados en la presente propuesta.

SERVICIOS	Cantidad de Talento Humano por Municipio y Total					Total Talento Humano
	18753_San Vicente del Caguán	18756_Solano	52001_Pasto	52835_San Andrés de Tumaco	91001_Leticia	
Antígeno superficie hepatitis B	4.637	928	41.325	23.487	4.481	74.858
Prueba Rápida para Hepatitis C	1.612	309	16.890	8.410	1.514	28.735
Prueba de embarazo	276	55	2.335	1.413	272	4.350
Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino	14.322	2.522	157.168	76.147	13.540	263.700
Mamografía	2.567	422	39.136	15.510	2.360	59.995
Tamizaje ca de próstata (PSA)	1.836	357	19.671	9.159	1.557	32.580
Tamizaje ca de colon (Sangre oculta)	6.253	1.132	82.614	34.778	5.558	130.335
Glicemia en ayunas	15.831	3.057	160.768	80.960	14.754	275.368
Perfil lipídico	13.698	2.623	144.162	70.174	12.635	243.290
Creatinina	13.698	2.623	144.162	70.174	12.635	243.290
Hemoclasificación	2.808	571	21.855	14.193	2.788	42.214
Hematocrito y Hemoglobina	1.587	357	9.504	7.601	1.609	20.658
Hemograma	2.882	586	22.434	14.570	2.862	43.334
Hemoparásitos (en zonas endémicas)	1.517	309	11.809	7.670	1.507	22.811
IgG G toxoplasma	1.490	303	11.598	7.533	1.480	22.404
IgG M toxoplasma	643	131	5.008	3.253	639	9.674
IgG G rubéola	1.490	303	11.598	7.533	1.480	22.404
IgG G varicela	1.490	303	11.598	7.533	1.480	22.404
Prueba treponémica rápida para sífilis	6.521	1.348	54.377	32.761	6.368	101.375
Parcial de orina	14.341	2.754	149.170	73.427	13.274	252.964
Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)	1.490	303	11.598	7.533	1.480	22.404
VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test	6.006	1.243	50.370	30.159	5.857	93.635
Ecografía	2.035	414	15.844	10.290	2.021	30.604
Eco transvaginal	37	8	291	189	37	563
Fraciones Beta de gonadotropina coriónica humana	37	8	291	189	37	563
Antibiograma	643	131	5.008	3.253	639	9.674
Tamizaje para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal	643	131	5.008	3.253	639	9.674
TSH neonatal	542	110	4.218	2.739	538	8.147

**Figura 42.** Servicios adicionales en los cinco municipios según la Resolución No. 3280 de 2018

Fuente: Nota técnica equipo Objetivo 4. 2022

La propuesta para la constitución de los equipos de trabajo se resume en la FIGURA 43.

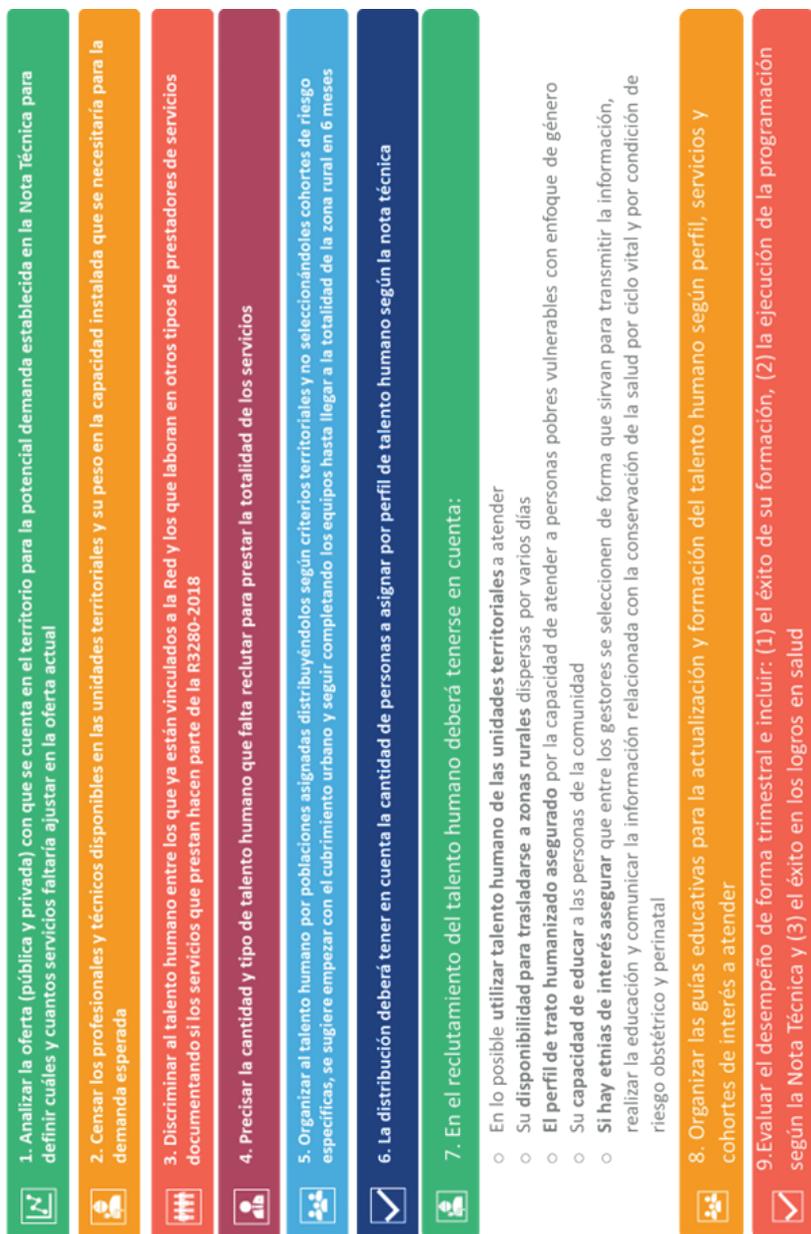


Figura 43. Mecanismos para la constitución de los equipos de trabajo

Fuente: Elaboración propia

## Consideraciones para adoptar la estructura de costos incluyendo los gastos

A continuación, se presenta la propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud, elaborada por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, publicada en marzo de 2022 (FIGURA 44).

Centro de costos recomendado	Concepto	Recomendación sobre cálculo
<b>MANO DE OBRA</b>	Planta	Asignación directa
<b>INSUMOS Y MEDICAMENTOS</b>	Medicamentos	Asignación directa
	Dispositivos médicos	Asignación directa
	Reactivos de diagnóstico	Asignación directa
	Otros elementos de consumo médico asistenciales	Asignación directa
	Caja de herramientas para APS en comunidad (incluye dotación).	Asignación directa
<b>GASTOS</b>	Arrendamiento	Asignación indirecta. Metros cuadrados del área que ocupa el centro de costo
	Viáticos y gastos de viaje	Asignación directa (Al centro de costos al que pertenezca la actividad realizada)
	Comunicación, transporte, fletes y acarreos	Asignación indirecta. Número de líneas telefónicas o puntos de red
	Combustibles y lubricantes	Asignación directa
	Elementos de papelería y útiles de oficina	Asignación directa
	Seguros	Asignación directa. Por activo asegurado, por empleado asegurado
	Seguros	Asignación indirecta. Metro2 para edificaciones
	Servicios Públicos	Asignación indirecta. Acueducto, alcantarillado y aseo: metros cúbicos ponderados por la cantidad de personas que hacen parte de cada centro de costo, multiplicado por el valor total de la factura.
	Servicios Públicos	Asignación indirecta. Energía eléctrica: consumo de kWh de equipos y bombillas por tiempo de uso, en cada centro de costo.
	Servicios Públicos	Asignación indirecta. Gas: prorrateo según el consumo de agua en los centros de costo que utilizan este servicio <sup>1</sup>
	Sentencias Judiciales	Asignación directa
	Impuestos, contribuciones, tasas y multas	Asignación indirecta. Metro2 de las áreas principales
	Vigilancia y seguridad	Asignación indirecta. Metro2 de las áreas principales
	Mantenimiento y reparaciones	Asignación indirecta. Metro2 de las áreas principales
	Aseo y cafetería	Asignación indirecta. Metro2 de las áreas principales
	Lavandería	Asignación indirecta. Kilos de ropa.
	Alimentación	Asignación directa. Según número de raciones
	Financieros	Asignación directa. (Como gasto no operacional)
	Otros gastos	Asignación directa
	Deterioro de cuentas por cobrar	Asignación directa
	Depreciaciones	Asignación directa. Según los activos fijos de cada centro de costo
	Amortizaciones	Asignación directa. Según la ubicación del diferido
	Provisión para contingencia	Asignación directa
	Mercadeo	Asignación indirecta. Prorrateo asociado a la participación de los centros de los costos misionales y de apoyo misional sobre el total de los ingresos.
	Sistema de Información (Desarrollos, hardware y comunicaciones)	Asignación directa

**Figura 44.** Propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud

Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. marzo de 2022

Esta propuesta se ajustó incluyendo la caja de herramientas para facilitar la implementación de las estrategias de Atención Primaria en Salud y lo destinado a las labores de desarrollo, mantenimiento de hardware y aseguramiento de las vías de comunicación que dependen de la unidad funcional de sistemas de información. Esta propuesta también muestra el resto faltante en el diseño del costo completo de la presente propuesta.

## Objetivo 5: Alianza académica en el marco de la responsabilidad social

*Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel<sup>1</sup>*

### Introducción

Avanzar en un camino tan complejo para transformar el modelo de salud de un sistema de salud requiere de una ruta de cambio y de un horizonte de mediano y largo plazo para lograr los cambios deseados, en este caso, que se pretende fortalecer la cultura del cuidado para conservar y proteger la vida, así como, prevenir problemas, enfermedades y darles cuidado en forma temprana, exige un esfuerzo progresivo desde los centros de formación y educación permanente para el talento humano. Por esta razón, en este capítulo se propone incentivar una alianza académica nacional, con base en las regiones para lograr redes colaborativas entre las universidades, las instituciones tecnológicas y el sector educativo (escuelas y colegio) para implementar en lo posible la idea de trabajo en territorio-escuela, como centro de cambio y transformación en las regiones, que potencie el uso de los recursos disponibles en cada región y adaptados a

---

1. Médico cirujano. Magíster en Salud Pública. Especialista en Sistemas y Servicios de Salud. Docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Presidente de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Salud Pública. Coordinador de la Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública. Miembro de la Mesa Antioquia por la Transformación del Sector Salud. Miembro fundador del grupo del Voluntariado de Atención Primaria de la Salud-Alianza Académica. Ex funcionario de la OPS/OMS. Correo electrónico: guerrero.espinel@gmail.com

las necesidades y problemas concretos a ser resueltos junto con los ciudadanos, as, familias y comunidades. Esta propuesta daría paso a la innovación, al uso de tecnologías de información y comunicación para favorecer las respuestas y la capacidad resolutive de la salud y de otros sectores sociales.

El proyecto para la gestión territorial de la salud pública en territorios vulnerables busca explorar la factibilidad y viabilidad de una alianza académica nacional para apoyar a los entes territoriales en salud, a la red de servicios para mejorar su capacidad resolutive, a la sociedad civil y a los diversos sectores del gobierno para ofrecer una respuesta coherente a las necesidades prioritarias con el propósito de proteger la salud y la vida, incluyendo estrategias o modos de organización para incidir sobre los determinantes sociales de la salud.

La alianza entre universidades se diseña para fortalecer a las instituciones educativas en los territorios vulnerables y ofrecer un diálogo innovador de saberes con el sector educativo (escuelas, colegios, instituciones tecnológicas y universitarias), favoreciendo en el imaginario de los actores la construcción de un territorio–escuela que innova, crea, y pone en ejecución proyectos y propuestas colaborativas de cara a las necesidades reales de los ciudadanos-as. Este territorio–escuela permite sistematizar lecciones en búsqueda de resultados para mejorar las condiciones de producción, de trabajo, de vida, culturales y recreativas que transformen las formas de vivir, producir, estudiar, alimentarse y convivir para lograr un bien superior: la paz, el acceso real a los servicios, la ciencia y la tecnología, para construir comunidades resilientes y con capacidad de integrarse a los principios y valores del bien común y el buen vivir en cada rincón del territorio nacional.

Sin duda, es necesario inscribir esta propuesta en la necesidad de avanzar en forma progresiva con la presencia del Estado en los territorios vulnerables, favoreciendo la renovación de la autoridad sanitaria con una nueva gobernanza y trabajando procesos participativos vinculantes al desarrollo y al logro de servicios de salud y sociales con capacidad resolutive al usar nuevas tecnologías y propiciar concurrencia de recursos de todo tipo.

## El rol de las universidades a nivel internacional y nacional en el contexto de la responsabilidad social

Para este trabajo se ha procedido a revisar de forma general las líneas de pensamiento y la evolución de las funciones universitarias a finales del siglo xx y en lo que va corrido del siglo xxi teniendo en cuenta el rol de las universidades públicas y privadas para contribuir al logro de objetivos orientados al desarrollo humano sostenible.

Este documento explora los antecedentes de los procesos de transformación en las universidades bajo el concepto de responsabilidad social. Garzón Castrillón (1) indica que dicho concepto:

“Aunque es abordado por muchos autores, no hay elucidación en relación con el origen del concepto de RSU, específicamente respecto a ¿cuándo y dónde se origina puntualmente este concepto?, por tanto, es probable que como lo abordan Freeman (1984); Carrol (1999) y Melé (2007), se deba a la influencia de las diferentes escuelas de pensamiento y sus diversos enfoques desde los cuales se abordan los estudios, bien sea de carácter político, económico, social o filosófico que han evidenciado el desarrollo y análisis de éste término en la trayectoria que ha seguido o desde las dimensiones desde las cuales se ha estudiado, como: la ambiental; la social; la económica; la dimensión de los grupos de interés y la dimensión de la voluntariedad (Dahlsrud, 2008)”. (1, p. 14).

Las universidades, desde el primer tercio del siglo xx, asumen que su función es la docencia, la investigación y la formación de futuros investigadores. Es apenas en 1962 que, en el V Congreso de Pax Romana, aparece la primera alusión a RSU, que luego es retomada por otros autores (Cooper, 1966, Morrison, 1965 y Davis Bloostrom, 1966). (1, p. 15) y, sin dudas, es a finales del siglo xx, 1998, cuando la UNESCO (1, p. 16) expresa que las universidades deben asumir dentro de la sociedad del conocimiento una mayor responsabilidad social. Y es en la segunda década del siglo xxi que se intenta crecer en la dimensión ética de la propuesta de RSU, a lo que quizás la UNESCO, como organismo multilateral, contribuye.

La responsabilidad social universitaria se debe caracterizar por los siguientes nueve factores o variables (FIGURA 45): 1) voluntariedad, 2) reformulación de

la estrategia de las universidades, 3) delimitación de las responsabilidades de la RSU, 4) satisfacción de las necesidades, 5) rendición de cuentas, 6) dimensión de la ética, 7) gobierno corporativo, 8) desarrollo humano sostenible y 9) reputación para visibilizar la universidad (1).



**Figura 45.** Características principales de la Responsabilidad Social Universitaria

Fuente: adaptado de Castrillón MAG (1).

En la primera década del siglo XXI se dimensiona “el rol de las universidades en el contexto de la responsabilidad social en atención a las demandas sociales en un entorno globalizado en el que la incertidumbre, el cambio permanente y la complejidad constituyen tendencias claves” (2). En el análisis de estas tendencias se destaca que las universidades se encuentran inmersas en la sociedad y que no pueden limitarse tan solo a la reproducción del saber –a lo estrictamente académico–, sino que deben estar vinculadas a los procesos de cambio para lograr, así, sociedades más justas y equitativas. Propósito que implica estar cerca de la formulación de políticas públicas, planes de desarrollo y, quizás lo más relevante, propiciando prácticas académicas y territorios-escuela vinculados a favorecer comunidades de práctica. Este vínculo con la sociedad conllevaría estar ligadas a procesos de responsabilidad social sostenibles en los territorios a los que se vincula la docencia, la investigación y la proyección social.

En el 2003, Kliskberg (3) hace mención sobre

“el perfil ético de los egresados de las Escuelas de Management en New York, antes y después de su ingreso; las conclusiones reflejaron que el perfil ético al egreso resultó inferior que al ingreso, dada la preocupación por la enseñanza de las nuevas tecnologías y el descuido de la enseñanza de la ética, y de la responsabilidad social” (s.p.).

Cabe preguntarse en este espacio sobre la necesidad de revisar el aporte de las universidades para las competencias requeridas en los profesionales de ciencias de la salud y de las ciencias sociales para lograr comprender las realidades culturales, sociales, económicas, y de cuidado de la vida; todo ello con el fin de contribuir a desencadenar procesos transformadores en las comunidades más vulnerables y junto con la sociedad civil, los individuos, las familias y comunidades, dar pasos sostenibles para lograr cambios cualitativos en la reducción de todo tipo de desigualdades que afectan las condiciones de salud y vida en escenarios complejos y de diversidad cultural. Este cambio conlleva la necesidad de propiciar el proceso enseñanza en escenarios interdisciplinarios y en coherencia con las realidades de los territorios más vulnerables. Por tanto, en los procesos de formación universitaria se debe hacer énfasis en el saber, el saber-hacer, es decir, en los conocimientos y habilidades, pero también en el desarrollo de las actitudes.

En este caso, una actitud coherente con el querer participar en las rutas de cambio de una sociedad, desde el legislativo, el ejecutivo, la justicia y, quizás lo más importante, desde los territorios, lo local, con procesos pedagógicos para el empoderamiento, la entrega y recepción de saberes para la construcción de soluciones desde y con las comunidades, es valorar las diferentes disciplinas, no solo a partir de la mirada clínica, sino retomar la necesaria comprensión de trabajar en las orígenes y causas de una sociedad empobrecida y sumida en el miedo de los desplazamientos y de la violencia cotidiana, lo que genera soledad, ausencias, deterioro ambiental y hambrunas.

Es interesante tener en cuenta, asimismo, las siguientes aperturas desde la responsabilidad social de las universidades, expresadas por Bello, citado por Castañeda (4) acerca de cómo enseñar ética aplicada a la empresa y al desarrollo en las universidades:

- Aprender a ser (aprendizaje colaborativo, capacidad social, responsabilidad, ética).

- Aprender a convivir (eje de proyectos sociales).
- Aprender a saber (eje de formación profesional).
- Aprender a hacer (eje de formación general y básica).

Los dos primeros ejes o aperturas son esenciales para lograr, en los procesos formativos de ciencias de la salud y ciencias sociales, sensibilizar a las nuevas generaciones con una visión transformadora dirigida a la sociedad y las comunidades. La colaboración, la cooperación, la acción solidaria y el trabajo en redes, junto a la fuerza de la convivencia ciudadana que conlleva el respeto, la tolerancia a la diversidad de opinión, de enfoques y pensamiento –con el sentido de logro de acuerdos, a través del diálogo y la construcción de consensos, traducido en proyectos sociales para el bien-estar, el bien común, y el buen vivir– puede significar la diferencia para las próximas generaciones y, así, quizás, traducir el lema de la OMS en su informe sobre determinantes sociales de la salud: reducir las desigualdades en una generación.

La universidad puede aportar al desarrollo social mediante la vinculación con la sociedad a través de programas de formación integral, fomento de la investigación de calidad con pertinencia e impacto social, construcción de conocimientos científicos y socio humanísticos basados en las demandas sociales, y generar así conciencia crítica del proceso a través del pensamiento complejo, las ideas de desarrollo sustentable y capital social y, finalmente, la articulación entre las diversas disciplinas y entre las funciones básicas de la universidad (2).

Las universidades en alianza podrían dar un salto cualitativo para generar vínculos, incentivar procesos colaborativos interdisciplinarios, fomentar la investigación con impacto social y así lograr soluciones con los recursos disponibles, observando y midiendo necesidades de las comunidades en la búsqueda de su empoderamiento y de procesos emancipatorios para la construcción de nuevas lógicas de organización social y contribución a nuevos saberes vistos desde la mirada de la complejidad.

Avanzando en la revisión de la responsabilidad social universitaria, otros investigadores, como Mendoza y colaboradores, explican desde el enfoque de la gestión pública en el sector universitario que:

“(…) hoy en día se está cuestionando el papel que le corresponde desempeñar a las universidades públicas en la prevención y solución de problemas sociales tales como el desempleo, pobreza, marginalidad, injusticia social, entre otros. En este sentido, las universidades deben desarrollar un pensamiento estratégico donde incorporen la responsabilidad social universitaria (RSU) como una manera de ser y de estar en la sociedad y que tiene incidencia en todo lo que tiene que ver en los ámbitos de la misión universitaria, y esta debe estar implícita y explícita en su accionar”. (5, p. 1).

Continúan estos investigadores con una propuesta de interés para reforzar la estrategia de responsabilidad social universitaria que busca estimular el compromiso social y satisfacer las necesidades de las comunidades, teniendo en cuenta los cambios ambientales e incentivando la idea de tener con un código estratégico como base para el trabajo de responsabilidad social universitaria. Se recomienda en particular:

- Estimular la asunción de responsabilidad social universitaria para responder a compromisos sociales a través de convenciones intermunicipales y regionales donde se promuevan la proyección social, la extensión, el impacto social y la integración con la comunidad.
- Estimular programas de responsabilidad social que busquen el desarrollo de la ética, con un desarrollo social objetivo, sensato, donde se produzca y transmitan saberes direccionadores del cambio.
- Formar profesionales socialmente responsables.
- Desarrollar estrategias que permeen los procesos académicos y el currículo, que permitan aumentar los niveles de eficiencia, motivación, comunicación y creatividad de egresados y funcionarios universitarios donde se dé la autoevaluación y el proceso de toma de decisiones.
- Presentar periódicamente un diagnóstico de la responsabilidad social que muestre las acciones sociales desarrolladas por las universidades a través de un balance social.

Se concluye en la investigación que:

“Las universidades deben considerar la responsabilidad social como el mecanismo que busca, además del éxito académico, hacer aportes significativos a la comunidad en su área de influencia, región y país, en general. Las universidades pueden intervenir en la comunidad de su entorno, de modo responsable y genuino, para llevar a cabo actividades de compromiso social; ello constituye el deseo de los estamentos universitarios y el deber ser de procurar construir una mejor sociedad, enfocada no solo en la concepción de los conocimientos, sino en la praxis de cooperar en la proyección de valores éticos, morales y espirituales”. (5, p. 141).

En esta perspectiva, es necesario destacar que la Asociación de Universidades confiadas a la Compañía de Jesús en América Latina, AUSJAL (6) expresa en su carta editorial:

“(...) desde su primer documento, Desafíos de América Latina y Respuesta Educativa AUSJAL, se establece que nuestra propuesta universitaria debe modelarse como respuesta a los desafíos de las sociedades latinoamericanas. (Conscientes de que) las sociedades latinoamericanas no cambiarán sin que se produzcan profundas transformaciones en sus universidades, que efectivamente busquen formar y promover a las nuevas generaciones con la sensibilidad y los conocimientos para enfrentar los nuevos desafíos, hacia una mayor justicia y humanidad”. (6, p. 3).

Este es un llamado retador para las universidades, que en su profundidad deben dialogar para revisar si están cumpliendo su rol transformador en las sociedades modernas o si se han estancado solo en la reproducción social de profesionales y técnicos que únicamente buscan un estatus de sobrevivencia profesional en sociedades y modelos de mercado que crecen sobre la sombra de las desigualdades inaceptables. Existen publicaciones de las experiencias de cerca de 19 universidades de este grupo ignaciano en América Latina que muestran que sí es posible una nueva lógica de relacionamiento con la sociedad (7). Los procesos de autoevaluación pueden mencionarse como lección aprendida para el progreso y desarrollo de la estrategia de RSU y también la posibilidad de contar con plataformas de coordinación regionales para el estímulo de planes de trabajo conjuntos.

Finalmente, la AUSJAL (7) ofrece una reflexión relevante y pertinente para el trabajo de gestión descentralizada en territorios vulnerables:

“Con respecto a la proyección social, el intento de incidir públicamente sobre determinados temas políticos, sociales y ambientales a favor de los sectores más vulnerables nos ha llevado a reflexionar sobre lo imperioso de que las universidades se identifiquen decididamente con los problemas que sufren las grandes mayorías. ¿A quiénes beneficia el conocimiento que producimos?, ¿Cómo se vuelca el peso de nuestras instituciones a favor de los más pobres?, ¿Generamos opinión pública acerca del actual estado de exclusión que sufren las grandes mayorías en Latinoamérica?”. La Responsabilidad Social resulta ser un modo de gestión integral; una estrategia de gestión ética e inteligente de los impactos que genera la Universidad en su entorno humano, social y natural”. (7, p. 9).

En cuanto, a los procesos de autoevaluación, es importante destacar los componentes de estudio:

- Impacto educativo (relativo a los procesos de enseñanza-aprendizaje).
- Impacto cognoscitivo y epistemológico (en torno a las prácticas de investigación).
- Impacto social (modo en el que la universidad se proyecta socialmente en la comunidad).
- Impacto organizacional (hacia el interior de la institución).
- Impacto ambiental.

Esto implica que todo esfuerzo de alianzas académicas deba considerar la claridad de su misión, objetivos y formas de autoevaluación a lo largo del proceso de gestión de responsabilidad con la sociedad, tal como lo propone Gargantini (8):

“(…) pensar y proponer acciones de progreso en el corto, mediano y largo plazo, que forman parte de la estrategia de mejora continua que se desea impulsar y del plan de fortalecimiento institucional de la RSU de cada universidad”. (8, p. 13).

En el siguiente cuadro se muestra un ejemplo de un sistema de evaluación y gestión de la RSU que incluye indicadores de impacto, de procesos y de resultados.

**Cuadro 2.** Mapa conceptual del sistema de autoevaluación y gestión de la RSU (AUSJAL)

Responsabilidad Social Universitaria, se ha de entender como la habilidad y efectividad de la universidad para responder a las necesidades de transformación de la sociedad donde está inmersa, mediante el ejercicio de sus funciones sustantivas: docencia, investigación, extensión y gestión interna. Estas funciones deben estar animadas por la búsqueda de la promoción de la justicia, la solidaridad y la equidad social, mediante la construcción de respuestas exitosas para atender los retos que implica promover el desarrollo humano sostenible.

<b>Políticas / procedimientos</b>	Integración de la RSU en el currículum.	Orientación de la agenda de investigación. Metodologías adecuadas a principios éticos.	Plan y presupuesto asignado. Alcance de los programas y proyectos.	Relación con proveedores. Comunicación responsable. Desarrollo del talento humano.	Gestión y planificación ambiental.
<b>Procesos</b>	Reflexión y análisis crítico. Experiencia vivencial	Socialización. Interacción de conocimiento.	Aprendizajes de los actores involucrados. Interacción con otros actores sociales.	Clima organizacional. Participación. Inclusión.	Educación ambiental.
<b>Resultados</b>	Egresados socialmente responsable. Impacto educativo	Incidencia en la sociedad. Aporte de conocimientos y propuestas.	Impacto social.	Cultura de la transparencia y la mejora continua. Impacto organizacional.	Cultura del cuidado de las personas y el ambiente. Impacto ambiental.

Fuente: Adaptado de R ed RSU- AUSJAL 2009: 31 (7)

Otra propuesta se observa en el CUADRO 2, que presenta indicadores para el proceso de autoevaluación, que pasa por la revisión curricular, el perfil de los egresados, la interacción de los conocimientos, la interacción con los actores sociales y la articulación entre disciplinas, en una cultura organizacional positiva con conciencia del cuidado e impacto ambiental.

**Cuadro 3.** Dimensiones, variables e indicadores de sistema de autoevaluación y gestión de la RSU-AUSJAL

<b>Dimensiones o impactos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Indicadores</b>
Formación de los estudiantes (impacto educativo)	Integración de la RSU en el currículo. Experiencia vivencial. Reflexión y análisis crítico. Perfil del egresado.	Indicadores de resultado, proceso e impacto.
Generación y difusión del conocimiento (impacto cognoscitivo y epistemológico)	Orientación de la agenda. Metodologías adecuadas a principios éticos. Interacción de conocimientos. Socialización. Incidencia.	
Vinculación con la sociedad (impacto social)	Alcance de los programas y proyectos. Interacción con otros actores sociales. Aprendizaje de los actores involucrados. Articulación disciplinaria. Plan y presupuesto asignado. Incidencia.	
Gestión universitaria (impacto organizacional)	Clima organizacional. Desarrollo del talento humano. Relación con proveedores. Inclusión. Comunicación responsable. Participación. Cultura de la transparencia y la mejora continua.	
Gestión ambiental (impacto ambiental)	Uso y manejo de recursos ambientales. Cultura y educación ambiental.	

De otro lado, desde la experiencia de España se logra sistematizar que: tal vez estamos en un momento único. El pasado ya no es lo que decían que era y el futuro todavía solo constituye una esperanza de nuevos caminos de libertad y justicia. Sin duda, es la ocasión apropiada para que las universidades redescubran el núcleo de su misión y de su mejor aportación a la sociedad: pensar y repensar de forma autónoma y crítica. Todo ello al servicio de una sociedad más justa; y en un compromiso para promover la cultura y la práctica del desarrollo sostenible, donde la globalización solidaria entre las actuales generaciones vaya de la mano con el respeto de las necesidades y la calidad de vida (9).

Con la experiencia del pasado y la ilusión de un futuro de libertad y justicia, las universidades deben redescubrir el núcleo de su misión y su aporte hacia una sociedad más justa y un compromiso para promover la cultura y la práctica del desarrollo sostenible, de tal forma que el proceso de globalización vaya de la mano con el respeto de las necesidades y la calidad de vida. (9)

Varias universidades de España y América Latina desde comienzos del siglo XXI han venido trabajando en red sobre RSU. En América Latina existen, entre otros, la red AUSJAL, el Observatorio de Responsabilidad Social Universitaria (ORSU) y el Observatorio Iberoamericano de Responsabilidad Social Universitaria en las Instituciones de Educación Superior a Distancia (OIR-SUD); también el Banco Mundial ha impulsado la red de universidades por la RSE, red UNIRSE.

El libro *Estrategia universidad 2015. Contribución de las universidades al progreso socioeconómico español* (10) es una fuente de experiencia a estudiar y seguir para viabilizar propuestas de alianzas entre universidades para trabajar en RSU; allí se afirma que las universidades deben ser los motores en la nueva sociedad basada en el conocimiento. El proceso de modernización de las universidades en España data del 2009 y se consolida en propuesta y acuerdo en el 2015, a partir de ella se desencadena la sensibilización al más alto nivel para lograr los cambios profundos requeridos, participando universidades públicas y privadas, y conformando comisiones técnicas de transformación. Cabe destacar las propuestas de universidad y territorio insertas en la necesidad de generar cambios en las economías locales y en la organización de los servicios sociales con estrategias innovadoras. Se deriva de esta experiencia el resignificado de lo que pudiera ser

la propuesta de territorio–escuela para que, mediante la formación de profesionales, técnicos, agentes comunitarios, se generen nuevas potencialidades para los cambios en la economía, el medio ambiente y los modelos de organización de los servicios de salud y sociales para reducir las inequidades de acceso y las desigualdades sociales.

Retomando lo que plantean de la Cuesta y colaboradores (9)

“Cuando las universidades se insertan activamente en el territorio, despliegan un gran dinamismo social y económico, multiplicándose los espacios de cooperación. En definitiva, emerge una atmósfera que fomenta la innovación y la aparición de nuevas iniciativas”. (9, p. 220).

El énfasis de esta iniciativa en España tiene una alta influencia de la relación universidad–empresa, sin embargo, es necesario visualizar que, para la región de las Américas, existe gran potencialidad para la transformación y modernización del agro, la generación de microempresas asociadas a los servicios sociales con uso de tecnologías de información y comunicación y en especial orientadas a la preservación y protección de la vida.

En el caso de Colombia, es necesario destacar esfuerzos en esta dirección, a pesar de no ser política de Estado, sino, más bien, propuestas de grupos académicos que desde el ámbito de las universidades buscan modificar la rutina docente. Así, el Observatorio de Responsabilidad Social Universitaria (11) ha conformado:

“(…) una red de instituciones de educación superior colombianas, dedicada a observar, comprender, reflexionar, conceptualizar, sistematizar, comunicar, fomentar y compartir buenas prácticas, por medio de la investigación en el ámbito de la responsabilidad social universitaria, para aprender de otros y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida. Para el ORSU, ha sido de vital importancia el trabajo de construcción colectiva, que viene realizando con las universidades miembros, porque busca aportar elementos para convertir la responsabilidad social universitaria en un componente esencial de las funciones sustantivas de Investigación, Docencia y Proyección Social, teniendo como aliados estratégicos las Instituciones de Educación Superior, el Ministerio de Educación Nacional, entidades del sector y otras que se articulan al sector educación”. (s.p.).

Este Observatorio ha contado con el apoyo de la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN).

Es necesario mencionar otras experiencias con objetivos específicos y de diversa corriente de pensamiento e influencia que llegan a las universidades, por ejemplo: la Alianza por un Futuro Libre de Caries –que actúa a través de estrategias de formación académica y comunitaria con familias y escuelas de las comunidades más vulnerables–; otras, como la iniciativa de la Universidad de Antioquia, apoyada por el sector privado empresarial, orientada a incentivar innovaciones y proyectos para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia, con el nombre de IDEATON. Esta última ya cuenta con tres versiones desde el 2020. Así mismo, la Universidad EAFIT se ha vinculado con otras universidades para mejorar la calidad de la educación superior a través de un concurso *4 U Emprende*, liderado por los Centros de Emprendimiento de las Universidades Icesi, EAFIT, CESA y Uninorte, cuyo propósito es “promover el espíritu emprendedor, la creatividad, el trabajo colaborativo, y la creación de un modelo de negocio innovador que permita brindar soluciones de impacto frente a problemáticas de tipo económico, social y ambiental”<sup>2</sup>. Esta alianza busca sumar capacidades, para agregar valor, aprender y seguir aprendiendo entre docentes y estudiantes.

En el caso de experiencias de ciudades, es de mencionar la iniciativa SUMA de Manizales, Caldas. Desde 2019, esta ciudad hace parte de la Red Mundial de Ciudades del Aprendizaje de la UNESCO, destacándose su trabajo desde el sector público, sector privado y academia. Dicha red está orientada a una política internacional que fomenta el aprendizaje a lo largo de toda la vida y las mejoras prácticas en todos los ámbitos sociales, culturales, medioambientales y económicos. El Sistema Universitario de Manizales (SUMA) es un proceso de movilidad académica que se fundamenta en la consolidación del sistema universitario desde el año 2010 y está constituido en alianza entre las siguientes universidades: Universidad Nacional de Colombia, sede Manizales; Universidad de Caldas; Universidad Católica Luis Amigó; Universidad Católica de Manizales; Universidad Autónoma de Manizales y Universidad de Manizales. Estas

---

2 <https://www.icesi.edu.co/alianza-4u/concurso-4u-emprende.php>

trabajan permanentemente en la generación de esfuerzos conjuntos de cooperación hacia la ejecución de proyectos de investigación, formación y extensión. SUMA construye una red de intercambio, aprendizaje, movilidad académica, investigación y desarrollo en red académica.

En el Departamento de El Cesar se generan alianzas con otras instituciones de educación superior: la Universidad Nacional de Colombia, sede La Paz, contribuye a la investigación y el desarrollo utilizando recursos del sistema nacional de regalías; así también, la alianza entre la Universidad Nacional de Colombia, en El Cesar, con la Universidad de Santander (UDES), en el Magdalena, que busca propiciar sinergias de intercambio y potenciar oportunidades en los territorios. La Alianza G8 de las Universidades del Departamento de Antioquia busca transitar este camino mediante procesos más complejos entre lo público y lo privado; los miembros son: Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, Universidad de Antioquia, Universidad de Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad EAFIT, Corporación Universitaria Unilasallista, CES y la Escuela de Ingeniería de Antioquia.

La pandemia por Covid-19 conllevó la unión de esfuerzos para cooperar y contribuir a superar la emergencia sanitaria y económica. El propósito común que se ha propuesto el G8 de universidades en Antioquia es lograr que el conocimiento generado en las instituciones de educación superior contribuya a superar los desafíos que tiene actualmente la sociedad. A partir de este ideal, científicos, directivos, docentes, estudiantes y talento humano de las universidades trabajaron con rigor y buscaron alternativas que aportaran a la contención de la Covid-19. Las alianzas de universidades más recientes están relacionadas con el periodo de la pandemia, por lo cual mencionamos la Alianza Académica para la Atención Primaria de la Salud, conformada en abril del 2020. Esta la componen la Universidad Autónoma de Manizales, la Universidad Católica de Oriente, la Universidad de Sucre, la Universidad de Cartagena, la Universidad del Norte de Barranquilla y la Universidad de la Sabana, quienes crearon durante la pandemia el Voluntariado de APS y lograron establecer un espacio de reflexión y conocimiento con invitados y expertos nacionales e internacionales que beneficia a docentes y estudiantes de posgrado en salud pública y salud familiar y comunitaria.

Dicha iniciativa recibe el apoyo de la Asociación Colombiana de Salud Pública, cuya alianza fue altamente productiva en el observatorio de manejo de la pandemia durante el 2020–2021. En enero del 2021, por razones técnicas y de incidencia política en el manejo de la pandemia, se decide convocar a las facultades y escuelas de ciencias de la salud y ciencias sociales, con el respaldo de la Facultad Nacional de Salud Pública y la Asociación Colombiana de Salud Pública; esta Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública une a 20 universidades, incluyendo el grupo de Atención Primaria de la Salud, y ha logrado, a través de los diálogos nacionales presente y futuro de la salud pública, analizar temas relacionados con la pandemia, la reforma del sector salud y hacer seguimiento al proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Otra iniciativa de reciente creación es la Red de Educación para la Salud, apoyada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que está orientada a dar soporte teórico y metodológico a los procesos de educación para la salud. Del mismo modo, es relevante mencionar que la Universidad Nacional de Colombia lidera el grupo interuniversitario de investigación en salud.

Es de resaltar que, de acuerdo con la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN), las instituciones de educación superior tienen un papel fundamental en la reflexión e incidencia frente a los problemas sociales y ambientales que afectan al planeta. Por lo tanto, la participación en la implementación de la Agenda 20–30 y las acciones de transformación que se puedan impulsar desde los diferentes Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) contribuyen en la articulación de acciones que permiten una visión de largo plazo y facilitan el acercamiento a las metas que cada ODS busca. Para ello, es necesario que las IES tengan incorporados en sus proyectos educativos los ODS y además generen alianzas entre ellas y con otros sectores para proponer iniciativas que permitan su cumplimiento (12).

Al respecto una investigación publicada en el 2022 realizada con las universidades públicas, se encontró un gran compromiso de estas en el proceso de articulación de los ODS a las estrategias institucionales universitarias, en especial aquellas que cuentan con acreditación de alta calidad particularmente en temas como investigación, transferencia de conocimiento y políticas de sostenibilidad orientadas hacia la educación superior (13).

Ahora, todo lo descrito en este apartado refleja cómo las universidades han asumido su rol transformador en lo relacionado con la RSU, que busca aportar a la calidad de vida de las comunidades con las cuales se interactúa, sea en el contexto interno, institucional o externo.

## El rol de las universidades dentro del plan de gobierno del Pacto Histórico

La propuesta del movimiento político Pacto Histórico busca dar un cambio radical en el acceso a la educación como eje de transformación de la sociedad mediante: la garantía a la educación superior gratuita y de calidad a nivel tecnológico y universitario –a través de un sistema de educación superior que privilegie a las universidades públicas, el SENA y los colegios de educación media–; la optimización y mejora de los recursos económicos, la infraestructura y la conectividad; la viabilidad de créditos vía ICETEX con una lógica de tipo social diferente a la implementada hasta ahora; la garantía del primer empleo –incluyendo las pasantías y el servicio social voluntario– en todas las áreas del saber; el cuidado y la protección de la naturaleza como experiencia profesional y ruta de acceso al trabajo. Esta última medida busca favorecer la capacidad resolutoria en los territorios más vulnerables de la geografía nacional. Dentro de este escenario es posible pensar en el crecimiento de alianzas entre las universidades para fortalecer la gestión territorial de la salud pública y de los servicios sociales mediante la estrategia de la Atención Primaria en Salud.

Las propuestas del Pacto Histórico están orientadas desde lo educativo a favorecer los jóvenes para ingresar al mundo digital e incentivar su creatividad en el desarrollo de tecnologías, de cara a resolver problemas, atender necesidades comunitarias, incentivar su participación en lo político y cultural; cerrar brechas de género y abrir espacios para el cambio. Esta direccionalidad permite que los docentes y estudiantes universitarios puedan vincularse de forma temprana en proyectos de innovación y soluciones para las necesidades de las comunidades en sus entornos de vida. De este modo, el Estado podría crecer en su capacidad de investigación, ciencia y tecnología, con visión territorial. De igual forma, se espera

que se beneficien los niños y niñas en el entorno escolar para ampliar sus derechos respecto del acceso a la educación y a la alimentación escolar de calidad.

Por otro lado, se propone *convertir a los grados décimos y undécimo en la puerta de entrada a la universidad*, al SENA, las normales, los centros técnicos y tecnológicos, garantizando la diversificación, homologación, certificación y cualificación de saberes y competencias como avances dentro del sistema de educación superior. Además, articular la educación media y superior con el acceso a la conectividad, creando *alianzas con el sector productivo* en ramas como la agricultura, la industria, el turismo, el arte y la cultura. Esta propuesta tiene un alto potencial en la medida en que las universidades comprendan la oportunidad de vincularse a estos escenarios para generar espacios compatibles con la idea de *territorio-escuela*, como con otros sectores de protección social: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), recreación, deporte y otros del área cultural.

### La propuesta del Gobierno del Pacto Histórico sobre la educación

Algunos de los elementos que propone el Gobierno actual en el país para el avance en la educación son los siguientes.

1. Garantizar la educación superior pública gratuita y de calidad a nivel tecnológico y universitario.
2. Crear un sistema nacional de educación superior a través del cual se fortalezca la red de universidades públicas, el SENA y los colegios de educación media.
3. Elevar el presupuesto público para el sistema educativo –principalmente para la educación superior–, ampliar y mejorar la infraestructura, la conectividad y las condiciones de las instituciones.
4. Transformar la lógica bancaria del ICETEX y crear un plan de salvamento para liberar de las deudas a todos los usuarios. El ICETEX se especializará en financiar, con préstamos sociales, los estudios del pregrado y posgrado en el exterior.
5. Garantizar el primer empleo incluyendo las pasantías y el servicio social obligatorio en todas las áreas del saber, el cuidado y la protección de la naturaleza como experiencia profesional y ruta de acceso al trabajo.

El Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 (14) se sustenta en tres pilares: justicia social, justicia ambiental y justicia económica, mismos que se deben articular con las seis transformaciones que se proponen:

- Ordenamiento del territorio alrededor del agua.
- Seguridad humana y justicia social. Lo que implica garantizar atención integral en salud y educación.
- Derecho humano a la alimentación.
- Internacionalización, transformación productiva para la vida y acción climática.
- Convergencia regional.
- Estabilidad macroeconómica.

En esa misma línea, la Misión Internacional de Sabios le propuso al país desarrollar misiones para enfrentar tres grandes retos con el fin de dirigir a Colombia hacia la sociedad del conocimiento y contribuir desde la ciencia, la tecnología y la innovación a la transformación de su modelo de desarrollo. Estos retos son: Colombia biodiversa, Colombia productiva y sostenible y Colombia equitativa (15).

### La propuesta para la gestión territorial de la salud pública en territorios vulnerables con el apoyo de la Alianza Académica Nacional: Presente y Futuro de la Salud Pública

Este documento busca incentivar un acuerdo creciente entre las universidades, los institutos tecnológicos, el SENA, la Asociación Colombiana de Salud Pública, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación para trazar la ruta que permita regionalizar el país y avanzar en la construcción de *territorios-escuela* que favorezcan la gestión descentralizada de la salud pública basada en la autoridad sanitaria renovada (gobernanza territorial participativa), los equipos interdisciplinarios, un modelo de salud integral basado en la APS y la conformación de redes integradas de servicios de salud con acceso libre para individuos y sus familias mediante acciones intersectoriales entre salud y educación establecidas para lograr metas y resultados en el bien-estar, buen vivir

y el bien común que actúa y se apoya sobre y con otros sectores para elevar las condiciones de vida y salud de toda la población.

Estos territorios-escuela trazan planes y proyectos en sus microrregiones en consorcios o asociaciones intermunicipales apoyados por la red académica que ofrece prácticas comunitarias y consolida comunidades de práctica, todo ello con miras a una gestión territorial en salud pública coherente con las necesidades de salud y protección de la vida.

La propuesta requiere de incentivos y de un apoyo del más alto nivel directivo en salud, educación y otros sectores, y lógicamente la sensibilización comunitaria de los ciudadanos y sus familias, para hacer parte del proceso de territorio-escuela que busca elevar el aprendizaje e intercambio de saberes para generar comportamientos saludables a nivel individual y colectivo; así como un plan de incidencia y transformación sobre los determinantes sociales de la salud acompañado por el Estado y representado por el gobierno, el sector privado y otros actores sociales interesados en el cambio para la reducción de todo tipo de desigualdades e inequidades.

Las universidades participantes se comprometen a modificar progresivamente sus mallas curriculares dando viabilidad a procesos interdisciplinarios y a la respuesta positiva de docentes y estudiantes para vincularse a la gestión transformadora de la vida y la salud en las comunidades escogidas, sistematizando y evaluando experiencias. Por otro lado, el Gobierno propiciará la concurrencia de recursos de funcionamiento e inversión con apoyo de tecnologías de información y comunicación para hacer el modelo más eficiente y transparente, y garantizar la oportunidad, calidad e integridad de las acciones en salud y de servicio sociales, todo ello ligado a procesos productivos de una nueva economía social desde los territorios.

El territorio-escuela se caracteriza por la alianza entre escuelas, colegios, universidades y/o institutos tecnológicos y el SENA en los territorios vulnerables para la interacción, en forma conjunta y en consensos participativos, en multiniveles sobre las necesidades de la vida y la salud de las familias y comunidades en procura de resultados medibles y metas fijadas en sus planes y proyectos de desarrollo. Para este propósito, se tendrán y fortalecerán los consejos territoriales de salud con sesiones regulares y actas de sus acuerdos.

Las universidades de la Alianza Académica Nacional Presente y Futuro de la Salud Pública, ligadas al Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS, se distribuirán los territorios por regiones del país para dar apoyo al cumplimiento de los cuatro objetivos (educación a equipos, territorio-escuela, gobernanza-autoridad sanitaria y capacidad resolutive del modelo de atención) de este proyecto, con el uso de metodologías e instrumentos estandarizados para garantizar la sistematización de experiencias y medición de resultados. Esta se aplicará al menos en seis departamentos del país (Guajira, Choco, Putumayo, Nariño, Caquetá y Amazonas); con el tiempo podrá hacerse extensivo a otros departamentos en acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social. Las universidades participantes se comprometen a destinar un equipo multidisciplinario de docentes y a diseñar prácticas de estudiantes de pregrado y posgrado con el fin de mantener prácticas interdisciplinarias, cohortes interdependientes y dar seguimiento a procesos de cambio progresivo del nivel de calidad de vida y salud en los territorios-escuela.

El gobierno nacional y la OPS/OMS destinarán recursos para incentivar y financiar los procesos requeridos. Cada grupo de universidades de la Alianza Académica, ligada al CVSP, se compromete a contar con un equipo de telesalud familiar y comunitaria y una plataforma de información (salud digital) para dar seguimiento en tiempo real a las necesidades de cada territorio-escuela. Así mismo, se constituirán Observatorios de Análisis y Monitoreo de las respuestas dadas en cada territorio para la gestión descentralizada de la salud pública (FIGURA 46).



Figura 46. Ruta del cambio estratégico

En cuanto a las principales características del territorio-escuela se mencionan:

1. Diseña e implementa una comunidad de enseñanza y prácticas para la salud y la vida por territorio.
2. Reconfigura y realiza cambios en el currículo de todas las escuelas y colegios para la transversalidad de saberes y prácticas diferenciales, diversas e interculturales para el cuidado de la salud y la vida.
3. Los estudiantes de últimos semestres de los colegios y escuelas se unen en prácticas comunitarias y familiares con estudiantes de pregrado y posgrado de las universidades y el SENA con diversas metodologías presenciales y virtuales (talleres, seminarios, *bootcamp* y otras) en seguimiento a los planes y proyectos del plan de desarrollo consensuado en los consejos territoriales.
4. Cuenta con plataforma de enseñanza a través del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS y con un observatorio y sala de situación abierta en tiempo real para apoyo a los trabajos de los diversos equipos. Esta plataforma y la sala de situación, entre otras modalidades, se utilizarán para la formación de docentes, estudiantes y profesionales de los equipos multidisciplinarios en salud. Es necesario definir metas de procesos formativos mínimos en ciclos semestrales, incluyendo actividades de intercambio y evaluación de experiencias entre cada semestre.
5. La base de los procesos formativos hará especial énfasis en la formación continua de líderes, lideresas y gestores/promotores comunitarios a quienes se les asignarán maletines con bio-tecnología para mejorar su capacidad de evaluación y respuesta según problema-necesidad. Este grupo estará apoyado por el equipo interdisciplinario de salud.
6. Cada territorio-escuela tendrá un equipo de trabajo de innovación y creatividad (laboratorios para la transformación social) que se encargará de formular e implementar proyectos y propuestas de inversión. Este modelo hará parte de los procesos de investigación-participación-acción de los territorios-escuela. Tanto el sector público como el privado apoyarán la conformación de fondos de inversión vigilados por los comités territoriales y por la Alianza de Universidades, con el fin de evaluar sus resultados y

rendir cuentas. En la FIGURA 47 se presentan elementos de la propuesta de territorio–escuela.

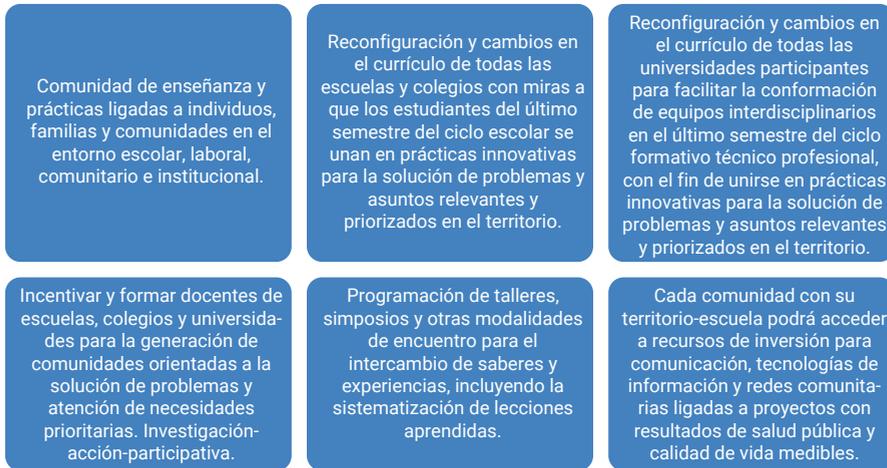


Figura 47. Territorio-escuela

Fuente: Elaboración propia

## Ruta para consolidar la alianza académica nacional para la gestión descentralizada

Este proyecto ha logrado, en su proceso de consulta de viabilidad y factibilidad, medir en un grupo focal que la propuesta es viable, necesaria y genera interrelación de iniciativas en marcha desde diferentes actores del campo de la academia; así mismo, el acuerdo de funcionar por regiones permite asignar responsabilidades con una misión y objetivos específicos medibles que se aproximan a las propuestas del plan de Gobierno y generan concurrencia de recursos de talento humano y capacidad tecnológica instalada para la diversidad de regiones del territorio nacional. Las universidades de la Alianza Académica-grupo APS y la Asociación Colombiana de Salud Pública se comprometen a apoyar la propuesta de territorio–escuela en los departamentos escogidos.

Ahora, el equipo formulador de la propuesta considera necesario señalar en este espacio algunos elementos sobre la APS:

1. La necesaria conciencia de algunas rupturas de paradigmas para el cambio y el significado que tiene hacer una APS integral (FIGURA 48).

**Enmarcada en un proceso de planificación territorial**

En unidades de territorio-población.  
Creación de adscripción y desarrollo del vínculo (garantía del acceso).

**Enmarcada en redes integrales e integradas de servicios**

Que permita la continuidad e integralidad de la atención.  
Exige un primer nivel de atención público fuerte (resolutividad).

**Orientada al cuidado integral de la salud colectiva**

A producir autonomía en las personas y colectivos.  
A eliminar desventajas sociales y ofrecer garantía a los DDHH (actuación sobre la determinación social).

**Activar el potencial comunitario y social para el cuidado de la salud**

Participación social y comunitaria no burocratizada ni cosmética (vida digna).

**Figura 48.** ¿Qué significa hacer una APS integral?

Fuente: Presentación UDEA en Seminario de la Mesa Intersectorial sobre reforma, 2022

2. La necesidad de trascender formas instituidas y avanzar en ruptura de paradigmas (FIGURA 49).

**Superar formas arraigadas de praxis**

Acciones extramurales limitadas.  
Focalización en población pobre.  
Reducida a la inducción de la demanda.  
Limitadas a acciones educativas enfocadas a programas priorizados.

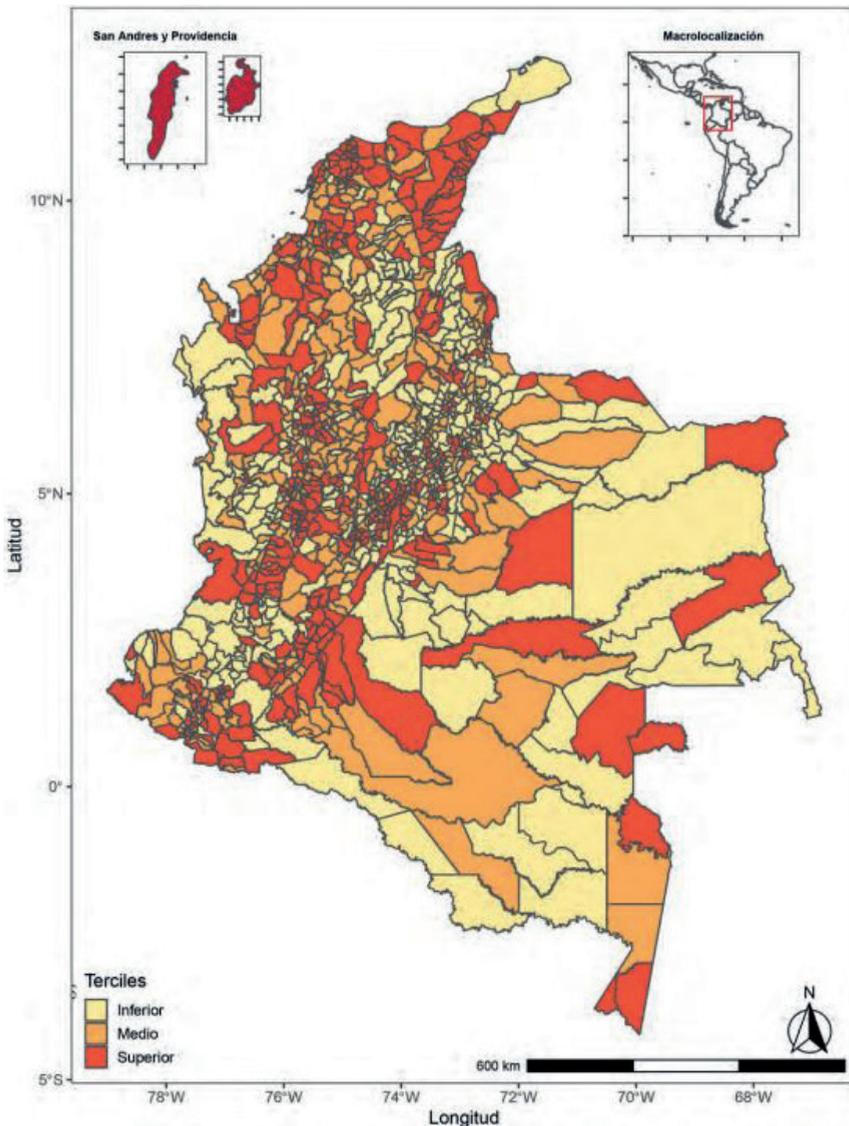
**Reconocer la complejidad**

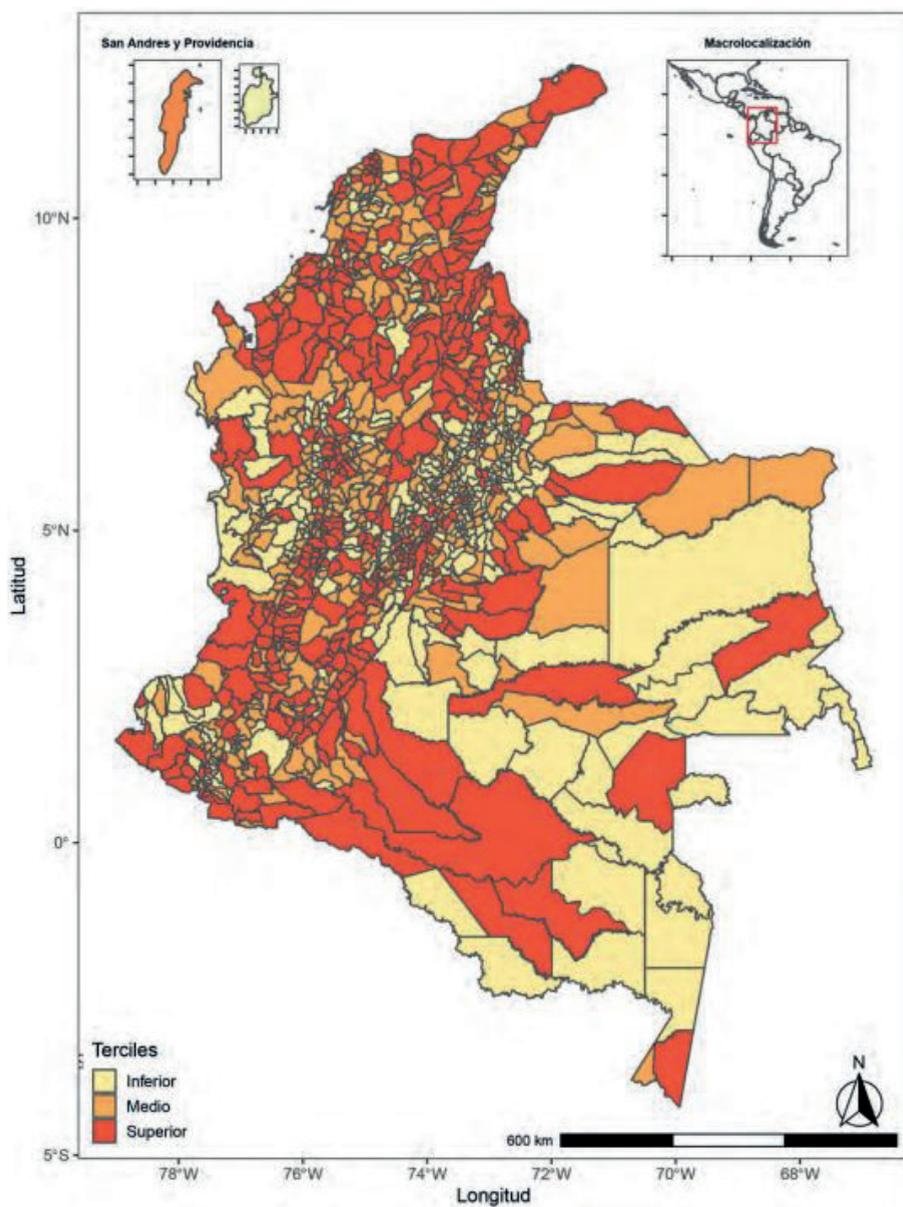
Superar lógicas incluyentes que son predominantes.  
En las formas de entender y explicar la realidad (pragmáticos).  
En las formas de organización (reduccionismos pragmáticos).  
Exige elevar y construir nuevas capacidades de gestión para transformar realidades complejas.

**Figura 49.** Elementos para trascender las formas instituidas en APS

Fuente: Presentación UDEA en Seminario de la Mesa Intersectorial sobre reforma, 2022

3. La transmisión y severidad del Covid-19, asociadas a indicadores socioeconómicos, y el mapa de pobreza del DANE para fundamentar la urgencia inaplazable de un balance en la oferta de servicios, la consolidación de la paz y ,la generación de economías alternativas con el debido cuidado y conservación del planeta (FIGURA 50).

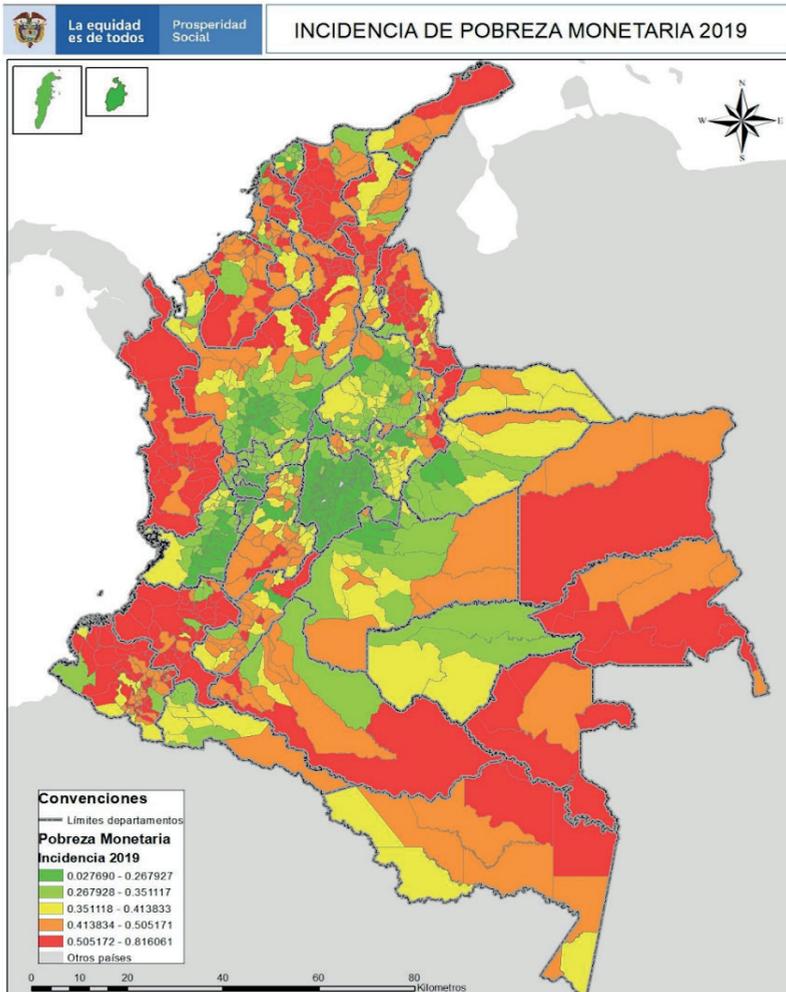




Figuras 50a y 50b. Índice de trasmisión e índice de severidad municipal para Covid-19 por terciles

Fuente: Instituto Nacional de Salud (16).

4. Los niveles de pobreza de los diferentes departamentos del país (FIGURA 51).



Este mapa tiene una incidencia de pobreza monetaria naciona de 35,7%

Aplicando benchmark a nivel:

1. Nacional, 2. Urbano, 3. 23 A.M. y ciudades principales, 4. 23 departamentos

Para corregir posibles sesos e igualar el mapa a las cifras oficilaes del DANE

**Figura 51.** Mapa de pobreza en Colombia

Fuente: Prosperidad social en cooperación con CEPAL (12)

5. La capacidad instalada del SENA y su presencia en todas las regiones de Colombia y de universidades en territorios vulnerables (FIGURA 52 y CUADRO 4).



Figura 52. Presencia del SENA en el territorio colombiano

Fuente: Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2018

Estos mapas sobre la pobreza, la presencia institucional del SENA y el cuadro de instituciones educativas de nivel superior facilitan la organización del trabajo en los territorios-escuela con énfasis en territorios vulnerables escogidos para el proyecto.

**Cuadro 4.** Instituciones de educación superior en los departamentos de Colombia

<b>IES</b>	<b>Tipo de sede</b>	<b>Naturaleza jurídica</b>	<b>Sector</b>	<b>Carácter académico</b>	<b>Municipio</b>
Universidad de Nariño	Principal	Departamental	Oficial	Universidad	Pasto
Universidad Mariana	Principal	Fundación	Privado	Universidad	Pasto
Universidad de Nariño	Principal	Departamental	Oficial	Universidad	Pasto
Universidad Mariana	Principal	Fundación	Privado	Universidad	Pasto
Universidad de Nariño	Principal	Departamental	Oficial	Universidad	Pasto
Universidad Mariana	Principal	Fundación	Privado	Universidad	Pasto
Fundación Universitaria Católica del Sur - Unicatólica del Sur	Principal	Fundación	Privado	Institución universitaria/ Escuela tecnológica	Pasto
<b>Cauca</b>					
Universidad del Cauca	Principal	Nacional	Oficial	Universidad	Popayán
Fundación Universitaria de Popayán	Principal	Fundación	Privado	Institución universitaria/ Escuela tecnológica	Popayán

IES	Tipo de sede	Naturaleza jurídica	Sector	Carácter académico	Municipio
Fundación Centro Universitario de Bienestar Rural	Principal	Fundación	Privado	Institución universitaria/ Escuela tecnológica	Puerto Tejada
Corporación Universitaria Autónoma del Cauca	Principal	Corporación	Privado	Institución universitaria/ Escuela tecnológica	Popayán
Colegio Mayor del Cauca	Principal	Departamental	Oficial	Institución universitaria/ Escuela tecnológica	Popayán
Corporación Universitaria Comfacaucá - Unicomfacaucá	Principal	Corporación	Privado	Institución universitaria/ Escuela tecnológica	Popayán
Universidad Autónoma Indígena Intercultural - Uaiin	Principal	Nacional	Oficial	Universidad	Popayán
Corporación Técnica Profesional Caminos del Suroccidente Colombiano	Principal	Corporación	Privado	Institución técnica profesional	Timbío
<b>Chocó</b>					
Universidad Tecnológica del Chocó-Diego Luis Córdoba	Principal	Nacional	Oficial	Universidad	Quibdó

<b>IES</b>	<b>Tipo de sede</b>	<b>Naturaleza jurídica</b>	<b>Sector</b>	<b>Carácter académico</b>	<b>Municipio</b>
Fundación Universitaria Claretiana – Uniclaretiana	Principal	Fundación	Privado	Institución universitaria/ Escuela tecnológica	Quibdó
<b>Guajira</b>					
Universidad de La Guajira	Principal	Departamental	Oficial		Riohacha
Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional de San Juan del Cesar	Activa	Principal	Nacional	Institución técnica profesional	San Juan del Cesar
<b>Casanare</b>					
Universidad Internacional del Trópico Americano	Principal	Departamental	Oficial	Universidad	Yopal
<b>Amazonas</b>					
Universidad Nacional de Colombia	Seccional	Nacional	Oficial	Universidad	Leticia
<b>Caquetá</b>					
Universidad de La Amazonía	Principal	Nacional	Oficial	Universidad	Florencia
<b>Putumayo</b>					
Instituto Tecnológico del Putumayo	Principal	Departamental	Oficial	Institución tecnológica	Mocoa
Instituto Tecnológico del Putumayo	Seccional	Departamental	Oficial	Institución tecnológica	Sibundoy

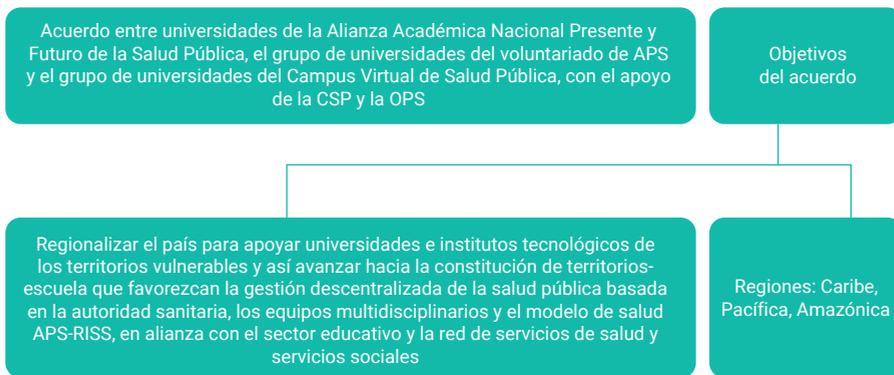
<b>IES</b>	<b>Tipo de sede</b>	<b>Naturaleza jurídica</b>	<b>Sector</b>	<b>Carácter académico</b>	<b>Municipio</b>
Instituto Tecnológico Comfamiliar de Putumayo	Principal	Corporación	Privado	Institución tecnológica	Puerto Asís

Fuente. SNIES 2022

A continuación, se mencionan los pasos para dar mayor viabilidad y sostenibilidad política y técnica a la propuesta, lo cual, sin lugar a dudas, en el proceso de diálogos podrá recibir aportes y nuevas innovaciones para mejorar su desempeño y resultados previo al lanzamiento oficial.

1. Presentación ante el Ministerio de Salud y Protección Social, la ACSP y la OPS para lograr consensos y aportes a esta propuesta.
2. Presentación al Ministerio de Educación, SENA, ASCUN, ASCOFAME, Asociación de Enfermería y Colegio de Psicología, Nutrición y Fisioterapia, entre otras disciplinas.
3. Presentación a directivos de las universidades del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS, red de universidades especializadas en APS (grupo de voluntariado de APS) y otras universidades interesadas en participar, así como las universidades localizadas en los territorios escogidos. Acuerdos programáticos-metodológicos, recursos y pólizas de seguros de prácticas requeridos.
4. Definición de plataforma de salud digital a ser utilizada para los observatorios, salas de situación y laboratorios de transformación e innovación ligados a centros de telemedicina y telesalud familiar y comunitaria adscritos a los territorios-escuela.
5. Elaboración de presupuesto anual de apoyo profesional, técnico, logístico y administrativo.
6. Firmas de cartas con acuerdos de intención de los actores comprometidos en la propuesta.

7. Formación de docentes y profesionales de los equipos interdisciplinarios de cada universidad y actores institucionales comprometidos con el proyecto territorio-escuela.
8. Acuerdos básicos con las autoridades, instituciones y líderes y lideresas de cada uno de los seis territorios escogidos; preconfiguración de las instituciones participantes en el territorio-escuela; conformación de equipos interdisciplinarios requeridos; plan de formación; definición de la sede de trabajo.
9. Lanzamiento y convocatoria. La FIGURA 53 presenta la ruta encaminada a consolidar la alianza académica por la salud pública en Colombia para la gestión descentralizada en los territorios vulnerables.



**Figura 53.** Ruta para consolidar la alianza académica de la salud pública en Colombia

Fuente: Elaboración propia

Todos los participantes del grupo focal descrito en la metodología valoran como viable y factible la propuesta de la Alianza. Uno de ellos la considera urgente e indispensable para generar redes colaborativas y compartir aprendizajes para la APS y la gestión territorial. Esta iniciativa podría contar con el apoyo de universidades públicas y privadas y aprovechar la experiencia en:

1. Prácticas comunitarias de pregrados de diversas disciplinas, también en menor medida de apoyo de posgrados para asesorías y posibles investigaciones

colaborativas; ejemplo: estudio multicéntrico de análisis curriculares y percepciones de docentes y estudiantes en enfermería de la Universidad de Caldas.

2. Apoyarse en experiencias positivas y legítimas sobre análisis de situación social y uso de otros instrumentos de diagnóstico participativo, como la cartografía social, entre otros.
3. Articulación al proyecto NORTES, del Ministerio de Educación, que trabaja por nodos regionales para el fomento de la educación superior. Revisión del perfil y las competencias del talento humano que no desea ir a las comunidades más vulnerables. En estas sesiones de trabajo se ha considerado el rol de la salud pública. Las universidades informan que ellas se pueden vincular en la estrategia de educación no formal mediante cursos, seminarios, diplomados y proyectos de autoaprendizaje.
4. Existe potencial de trabajo desde las universidades con programas académicos de salud familiar y comunitaria, entre ellas: Universidad Católica de Oriente, Universidad del Magdalena, Universidad de Cartagena, y otras. Todas ellas podrían vincularse a la propuesta de territorio-escuela.
5. Existen iniciativas de corresponsabilidad desde algunas universidades con proyectos de consolidación de la paz, las cuales pueden, potencialmente, vincularse a los procesos de un territorio-escuela, como es el caso de la Universidad Autónoma de Manizales, la Universidad de la Salle, la Universidad del Cauca y la Universidad de Antioquia, entre otras.
6. Contar con el grado de conflicto y tensión generado por la minería ilegal, el narcotráfico, los grupos ilegales, para ofrecer las mejores garantías a los desplazamientos de la misión médica y de salud.
7. Fortalecer los vínculos ya creados y generar confianza para que las instituciones se vean recogidas, incluidas y representadas en forma democrática. Aprovechar los vínculos y conocimientos de las universidades con sedes en los territorios más lejanos del centro del país.
8. Incentivar a través de los decanos y directores de escuelas la formación de estudiantes y la apertura de espacios de práctica en los territorios, superando la orientación centrada solo en la enfermedad.

9. Generar una alianza con la alta dirección universitaria que pueda dar sostenibilidad política y financiera. Unir la propuesta al cumplimiento de metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
10. Vincularse a la red de responsabilidad social universitaria. ASCUN pide resultados en RSU.
11. Favorecer los cambios propuestos sobre el servicio social obligatorio para todos los egresados de las universidades, elevándose así el potencial de trabajar sobre la determinación y los determinantes sociales.
12. Reforzar la formación de recurso humano en los pregrados relevando los principios, la ética y el valor de la solidaridad y la responsabilidad social, entre otros valores, para trabajar en los territorios más alejados y vulnerables del país y, al mismo tiempo, estimular al gobierno nacional, y a los gobiernos departamentales y municipales para generar incentivos y hacer atractivo el trabajo en los territorios para los profesionales y técnicos en su primer empleo.
13. El SENA cuenta con 117 centros de formación, cinco perfiles de técnicos y equipos nucleares y transversales. Realiza ejercicios de formación con prácticas integradas a las universidades y formación en territorio a líderes. Cuenta con un piloto en Antioquia con cuatro municipios trabajando en alianza con la Facultad de Enfermería y unos apoyos de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En este momento hay 350 jóvenes en formación que acompañan a los municipios. Este mismo ejercicio se puede hacer en todo el país, para ello se requiere sumar las herramientas y maletines tecnológicos, así como una plataforma de salud digital.
14. La Universidad de La Salle propicia un enfoque no medicalizado en sus prácticas. En Yopal, Casanare, tiene un campus, Campus Utopía del Casanare, dedicado a los jóvenes excombatientes donde trabajan en jurisprudencia, ingenierías y otras disciplinas no médicas. Allí se detectan líderes comunitarios y en ingeniería agrícola. A la fecha cuenta con 150 graduados. Esta Universidad busca animar al empoderamiento de los líderes para escapar del entrapamiento asistencialista y avanzar hacia los determinantes sociales de la salud.

## Bibliografía

1. Garzón Castrillón M A G. La Responsabilidad Social Universitaria, orígenes y antecedentes. En: Garzón Castrillón M A G et al. (Coords.). La responsabilidad social en organizaciones educativas. Un abordaje desde Latinoamérica. Barranquilla: Sello Editorial Coruniamericana; 2018: 11-42. <https://repositorio.americana.edu.co/server/api/core/bitstreams/aa0e4a52-93bc-4b08-9206-a1e7998744f6/content>
2. Castañeda G, Ruiz M, Vilorio O, Castañeda R, Quevedo Y. El rol de las universidades en el contexto de la responsabilidad social empresarial. Negociación [Internet]. 2007; 3(8): 100-132. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78230805>
3. Capital social, ética y desarrollo. Ponencias del seminario internacional realizado en la Universidad Metropolitana de Caracas, 25 al 26 de junio de 2003. Consejo Nacional de Universidades - Oficina de Planificación del Sector Universitario; 2003. <https://isbn.cloud/9789806604070/capital-social-etica-y-desarrollo-ponencias-del-seminario-internacional-realizado-en-la-universi/>
4. Castañeda M G, Ruiz M, Vilorio O, Castañeda R y Quevedo A., Y. El rol de las universidades en el contexto de la responsabilidad social empresarial. Negociación [Internet]. 2007;3(8):100-132. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/782/78230805.pdf>
5. Mendoza-Fernández D L, Salas-Solano E, López-Juvinao D D. Responsabilidad social en universidades públicas autónomas: Esencia académica con visión transformadora. Clío América. 2015; 9(18): 135-142.
6. Briceño C. La RSU se abre camino en AUSJAL. Carta de AUSJAL. Asociación de Universidades Confiadas a la Compañía de Jesús en América Latina. La responsabilidad Universitaria en AUSJAL. 2011; 34(1): 1-64. [https://issuu.com/ausjal/docs/af-ausjal-34\\_vol1](https://issuu.com/ausjal/docs/af-ausjal-34_vol1)
7. Velasco R. La responsabilidad Social Universitaria en nuestras universidades. Carta de AUSJAL. Asociación de Universidades Confiadas a la Compañía de Jesús en América Latina. La responsabilidad Universitaria en AUSJAL. 2011; 34(1): 1-64. [https://issuu.com/ausjal/docs/af-ausjal-34\\_vol1](https://issuu.com/ausjal/docs/af-ausjal-34_vol1)
8. Gargantini D. Políticas y sistema de autoevaluación de la Responsabilidad Social Universitaria en AUSJAL. Carta de AUSJAL. Asociación de Universidades Confiadas a la Compañía de Jesús en América Latina. La responsabilidad universitaria en AUSJAL. 2011; 34(1): 1-64. [https://issuu.com/ausjal/docs/af-ausjal-34\\_vol1](https://issuu.com/ausjal/docs/af-ausjal-34_vol1)
9. De la Cuesta M, De la Cruz Ayuso C, Rodríguez Fernández J M. Responsabilidad Social Universitaria. Universidades da Coruña. [Internet] España: Editorial Netbiblo, S.L; 2010. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=425939>
10. Rubio V. Estrategia universidad 2015. Contribución de las universidades al progreso socioeconómico español 2010-2015. España: Secretaría General Técnica. Subdirec-

- ción General de Documentación y Publicaciones; 2011. <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/PdfServlet?pdf=VP14872.pdf&area=E>
11. Observatorio de Responsabilidad Universitaria. Ascun.org. Consultado el 1 de octubre de 2022 en <https://ascun.org.co/orsu-quienes-somos/>
  12. Prosperidad social en cooperación con CEPAL. Mapa de pobreza para los municipios en Colombia 2018-2019. <https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/mapa-pobreza-municipios-colombia-2018-2019-dpto-prosperidad-social.pdf>
  13. Ministerio de Educación y Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN). Recomendaciones para la implementación de la agenda 2030 y el aporte a los objetivos de desarrollo sostenible en las instituciones de educación superior de Colombia; 2019. <https://ascun.org.co/documentos/recomendaciones-para-la-implementacion-de-la-agenda-2030-y-el-aporte-a-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-en-las-instituciones-de-educacion-superior-de-colombia/>
  14. González-Campo C H, Ico-Brath D, Murillo-Vargas G. Integración de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para el cumplimiento de la agenda 2030 en las universidades públicas colombianas. *Rev. Formación Universitaria*. 2022; 15(2): 53-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062022000200053>
  15. Petro G y Márquez F. Colombia, potencia mundial de la vida. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; noviembre de 2022.
  16. Instituto Nacional de Salud. Informe 13 COVID- 19. Progreso de la pandemia y su impacto en las desigualdades en Colombia; 2021. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/13.%20COVID-19,%20progreso%20de%20la%20pandemia%20y%20su%20impacto%20en%20las%20desigualdades%20en%20Colombia.pdf>



# Apéndices

---



# A

## Apéndice 1: Preguntas orientadoras

### Objetivo 1

1. ¿Qué tienen las estructuras de las secretarías de salud que se piensan fortalecer?
2. ¿Cómo elevar su capacidad para el manejo de las redes de servicios de salud?
3. ¿Cuál es su capacidad tecnológica y administrativa para la gestión?
4. ¿Cómo garantizar la gobernanza en lugares con distancias enormes y accesibilidad muy limitada?
5. ¿Cómo hacer factible la gobernanza para manejar los determinantes sociales prevalentes en estos territorios: hambre, acceso al agua, servicios domiciliarios, educación?
6. ¿Qué hacer para involucrar en los equipos multidisciplinarios de salud a profesionales de las ciencias agrarias, sociales y económicas?
7. ¿Qué hacen las universidades acompañando esos territorios?
8. ¿Cómo fortalecer el liderazgo de las autoridades de salud para favorecer la acción colectiva que permita el cambio de la gobernanza?

### Objetivo 2

1. ¿Cómo considera que funciona la capacidad resolutoria (resolutividad) en la atención en salud en el país?
2. ¿Cuáles considera que son las barreras de acceso a los servicios de salud que tiene el país? ¿Cuáles son los motivos por los que se presentan?
3. ¿Cómo responder de manera integral y con calidad a las necesidades y demanda en atención en salud en Colombia?
4. ¿Cómo mejorar la capacidad resolutoria en la atención en salud?

5. ¿Qué opina de la telesalud (telemedicina y teleeducación en salud) como alternativa para mejorar el acceso y resolutiveidad de los servicios de salud?
6. ¿Qué se necesita para implementar la telesalud en Colombia?

### Objetivo 3

1. ¿Cuáles son las competencias o contenidos educativos de Atención Primaria que necesita el país?
2. ¿Quiénes las deben adquirir/aprender?
3. ¿Quién debe enseñarlas y en dónde?
4. ¿Cómo enseñarlas? Modalidades, metodologías, etc.
5. ¿Qué elementos innovadores se deben considerar?
6. ¿Qué productos/resultados se deberían priorizar a corto plazo (2023)?

### Objetivo 4

1. ¿Cuáles deben ser los perfiles de las personas que integren los equipos de salud?
2. ¿Cuáles de los servicios contemplados en la Resolución No. 3280 deben incluirse en la propuesta financiera?
3. ¿Cuáles deben ser las frecuencias de los servicios?
4. ¿Cuáles de las actividades de educación individual y grupal deben implementarse?
5. ¿Cómo consideran la viabilidad de la propuesta financiera?

### Objetivo 5

1. ¿Considera factible-viable incentivar la consolidación de una alianza académica nacional para apoyar la gestión descentralizada de la salud pública en territorios vulnerables?
2. ¿Cómo imaginaría el apoyo entre universidades del centro del país y universidades por regiones?

3. ¿Cuál sería la ruta estratégica para viabilizar el interés de las universidades para participar de una alianza para la gestión descentralizada de la salud pública?
4. ¿Cuáles considera son los ajustes en la política de las universidades y en sus programas de formación para estimular prácticas en territorios vulnerables?
5. ¿Cuáles serían los resultados esperados de una alianza de este tipo para mejorar la gobernanza territorial, la respuesta de la salud pública y la concurrencia del uso de los recursos de lo individual y lo colectivo?



## Apéndice 2: Nota técnica Objetivo 4

### Marco referencial

La ejecución de este objetivo se realizó teniendo en cuenta el marco normativo vigente sobre la atención a la población, según lo establecido en la Resolución No. 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social que precisa los servicios incluidos en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta para la atención del riesgo obstétrico. Esta resolución, además de establecer su naturaleza, precisa su frecuencia en los diferentes momentos del curso de vida y en las diferentes etapas de la gestación y atención del recién nacido.

Se adelantaron los cálculos con énfasis en la definición y cuantificación de los perfiles de los trabajadores en salud involucrados en la atención de la población objeto de intervención, según la norma vigente. De igual forma, se relacionaron los supuestos que se utilizaron para los cálculos de la nota técnica correspondiente.

Para la estructura del modelo se referenció la establecida en el documento de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social, “Propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud”, de marzo del 2022<sup>1</sup>.

De igual forma, se tuvieron en cuenta las recomendaciones realizadas en el taller híbrido realizado en la Universidad Católica de Oriente el 21 de octubre de 2022, en el que se socializó el avance del Objetivo 4. Las recomendaciones se relacionaron con:

1. Las poblaciones de los municipios a intervenir en la propuesta.

1. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/implementacion-sistema-costeo-ips.pdf>

2. Los ajustes sobre los perfiles profesionales, teniendo en cuenta que en las zonas rurales (de centros poblados y dispersas) es difícil lograr la disponibilidad completa de lo que se espera según la Resolución No. 3280 de 2018.
3. Los ajustes en los supuestos de programación validados por los integrantes del equipo con más experiencia en las zonas en que se implementará la propuesta.
4. La Resolución No. 3280 del Ministerio de Salud y Protección Social, del 2 de agosto de 2018.<sup>2</sup>
5. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y protección Social.<sup>3</sup>

## Estructura del cálculo de la asignación salarial de los trabajadores relacionados con los servicios incluidos en la Resolución No. 3280 de 2018

### Objetivo general

Establecer el valor de referencia para la planificación y contratación progresiva, vinculación y apoyo logístico de los profesionales, técnicos y agentes comunitarios de cara a la atención de las poblaciones de los territorios priorizados para este proyecto.

### Objetivos específicos

1. Definir la población de referencia sobre la que se realizan los cálculos de la atención de los servicios de salud.
2. Definir la guía de atención con los servicios y las frecuencias en las dos rutas de la Resolución No. 3280 de 2018.
3. Concertar los supuestos para la programación de las actividades y el cálculo de las frecuencias de uso.

---

2. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

3. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/implementacion-sistema-costeo-ips.pdf>

4. Elaborar la nota técnica que defina las proyecciones de la cantidad de servicios relacionados con la atención por parte de los trabajadores de salud involucrados en las dos rutas.

### Exclusiones de la propuesta

En la propuesta no se incluyen los servicios que no están definidos en la Resolución No. 3280 de 2018, tampoco se incluyen los relacionados con procedimientos intramurales diferentes a las consultas o actividades educativas individuales o grupales ejecutadas por los equipos de salud.

### Presentación de productos de los objetivos específicos intermedios para el Objetivo 4

#### *Definir la población de referencia sobre la que se realizan los cálculos de la atención de los servicios de salud*

Se seleccionaron los grupos de edad definidos en la Resolución No. 3280 y se precisaron cinco unidades territoriales municipales con distribuciones diferentes según área de procedencia, lo cual se incorporó en la plantilla vinculando las poblaciones a los cálculos de la nota técnica.

Los municipios seleccionados son:

1. 18753\_San Vicente Del Caguán (Caquetá)
2. 18756\_Solano (Caquetá)
3. 52001\_Pasto (Nariño)
4. 52835\_San Andrés de Tumaco (Nariño)
5. 91001\_Leticia (Amazonas)

En el archivo en Excel construido para esta propuesta se encuentra la asignación de las poblaciones; esta es dinámica (puede cambiarse) para que los resultados se apeguen a diferentes poblaciones; se trabaja con tres grupos, según lo establece el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), así: urbano; rural, centros poblados; rural disperso. En el archivo en Excel las poblaciones se encuentran en la primera hoja de cálculo.

*Definir la guía de atención con los servicios y las frecuencias en las dos rutas de la Resolución No. 3280*

Teniendo en cuenta los servicios y las frecuencias planteadas en las rutas incluidas en la Resolución No. 3280: 1) Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y (2) Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, se organizaron dos guías con los servicios dirigidos a ambos grupos de interés, así:

1. La primera se preparó para el área urbana en la que no hay dificultades para el reclutamiento de los perfiles que exige la norma.
2. La siguiente guía se preparó para el área rural y se tuvo en cuenta lo siguiente: a) al perfil del médico general se le agregaron los servicios a prestar por los especialistas y por el profesional en nutrición y b) al perfil de la enfermera profesional se le agregaron los servicios a prestar por el profesional en psicología, el profesional en fisioterapia y el profesional en trabajo social.

Además, se incluye en ambas guías el perfil de gestor comunitario como talento humano que se encarga de apoyar la demanda inducida y la educación grupal, así como la función de contacto entre el equipo de salud y la comunidad. Ambas guías se utilizan para calcular la oferta que se necesita respecto de la demanda esperada. En el archivo de la Nota Técnica las guías se encuentran en la segunda y tercera hoja de cálculo en Excel.

*Concertar los supuestos para la programación de las actividades y el cálculo de las frecuencias de uso*

Para los cálculos de las frecuencias de los servicios, teniendo en cuenta las poblaciones, se hizo necesario incorporar varios estándares que se validaron en la plenaria del taller mencionado anteriormente y en las jornadas de trabajo y grupo focal con los expertos del equipo. A continuación, se relaciona el listado de estándares:

**Cuadro 1.** Estándares para el cálculo de la frecuencia de los servicios

No.	Concepto	Valor	Unidad
1	Meses año	12	mes
2	Días hábiles año	255	días
3	Tiempo vacaciones	15	días hábiles/ año
4	Minutos hora	60	minutos
5	Tiempo completo RH	192	horas/mes
6	Horas por día	8	horas
7	Horas de la semana	48	horas
8	Consulta inicial (tiempo)	30	minutos
9	Consulta seguimiento (tiempo)	20	minutos
10	Visita domiciliaria para caracterización inicial	50	minutos
11	Visita domiciliaria para caracterización seguimiento y demanda inducida	30	minutos
12	Tiempo demanda inducida (llamada telefónica)	10	minutos
13	Cantidad de llamadas demanda inducida	3	llamadas
14	Tiempo actividad educativa grupal directa	90	minutos
15	Cantidad de personas que reciben actividad educativa grupal	15	personas
16	Tiempo de preparación y convocatoria de actividad educativa grupal	16	horas
17	Tiempo de auditoría de una historia clínica	25	minutos
18	% de registros clínicos para auditoría	15 %	porcentaje
19	Tiempo administrativo RH operativo	9 %	porcentaje

No.	Concepto	Valor	Unidad
20	Tiempo entrenamiento RH operativo, táctico y estratégico	6 %	porcentaje
21	Tiempo administrativo RH táctico/operativo (enfermeras(os) profesionales)	40 %	porcentaje
22	Tiempo imprevistos e incapacidades	8	días hábiles/año
23	Tiempo adicional por servicio (desplazamiento) Zona urbana	10	minutos
24	Tiempo adicional por servicio (desplazamiento) Zona rural centro poblado	20	minutos
25	Tiempo adicional por servicio (desplazamiento) Zona rural dispersa	40	minutos
26	Proporción atención domiciliaria urbana (con relación al total de la población)	10 %	porcentaje
27	Proporción atención domiciliaria rural centro poblado (con relación al total de la población)	30 %	porcentaje
28	Proporción atención domiciliaria rural dispersa (con relación al total de la población)	70 %	porcentaje
29	Gastos adicionales por desplazamiento urbano (transporte)	10 %	porcentaje
30	Gastos adicionales por desplazamiento rural centro poblado (transporte)	20 %	porcentaje
31	Gastos adicionales por desplazamiento rural disperso (transporte)	40 %	porcentaje
32	Factor salarial para pasivo y aportes de seguridad social	40,26 %	porcentaje
33	Salario mínimo	1.000.000	pesos
34	Subsidio de transporte básico	117.172	pesos
35	Asignación proyectada según el salario mínimo del médico general	4	N/A

No.	Concepto	Valor	Unidad
36	Asignación proyectada según el salario mínimo del médico especialista	9	N/A
37	Asignación proyectada según el salario mínimo del odontología	4	N/A
38	Asignación proyectada según el salario mínimo del auditor	4,5	N/A
39	Asignación proyectada según el salario mínimo de enfermero(a) profesional	3	N/A
40	Asignación proyectada según el salario mínimo del nutricionista	3	N/A
41	Asignación proyectada según el salario mínimo del psicólogo(a)	3	N/A
42	Asignación proyectada según el salario mínimo del fisioterapeuta	3	N/A
43	Asignación proyectada según el salario mínimo del trabajador social	3	N/A
44	Asignación proyectada según el salario mínimo del auxiliar enfermería	1,8	N/A
45	Asignación proyectada según el salario mínimo del técnico en auxiliar salud oral	1,8	N/A
46	Asignación proyectada según el salario mínimo del promotor de salud	1,8	N/A
47	Asignación proyectada según el salario mínimo del gestor comunitario	1,5	N/A
48	UPC subsidiado	964.807	pesos
49	UPC contributivo	1.109.221	pesos
50	Tasa de fecundidad general (2021) (NV/1000 MEF) DANE	45,4	nacimientos/ MEF
51	% fracaso de la consulta preconcepcional	20 %	porcentaje

No.	Concepto	Valor	Unidad
52	% éxito de la consulta preconcepcional	80 %	porcentaje
53	% esperado de seguimiento adicional al control 1 de consulta preconcepcional	25 %	porcentaje
54	% esperado de seguimiento adicional por especialista al control 2 por medicina general	10 %	porcentaje
55	% esperado de demanda espontanea de IVE (se sugiere % abortos por año)	5 %	porcentaje
56	Tasa de fecundidad general (2021) (NV/1000 MEF) DANE agregando IVE	47,8	embarazos/ MEF
57	% esperado de frecuencia de solicitud de eco transvaginal en IVE	5 %	porcentaje
58	% esperado de frecuencia de solicitud de fracción Beta GCH en IVE	5 %	porcentaje
59	% esperado de nulíparas para CPN	15 %	porcentaje
60	Consultas para CPN nulíparas	7	consultas
61	Consultas para CPN múltíparas	10	consultas
62	Tiempo para atención de parto	24	horas
63	% de partos sin CPN	5 %	porcentaje
64	% de partos en primer nivel	80 %	porcentaje
65	Tiempo para atención del puerperio	48	horas
66	% esperado de emergencias obstétricas (hemorragia, HIE y sepsis)	4 %	porcentaje
67	% esperado de RN con complicaciones al nacimiento	5 %	porcentaje
68	% anemia en menor de 2 años	10 %	porcentaje
69	% relaciones sexuales sin protección (>12a)	10 %	porcentaje

No.	Concepto	Valor	Unidad
70	% antecedente de transfusiones entre 22 y 50 años	5 %	porcentaje
71	% positividad de pruebas de embarazo	40 %	porcentaje
72	% RCV de 18 a 28 años ponderado por nivel de riesgo	10 %	porcentaje
73	% de RRHH administrativo estratégico (con relación al RH misional)	2 %	porcentaje
74	% de RRHH administrativo táctico (con relación al RH misional)	5 %	porcentaje
75	% de RRHH administrativo operativo (con relación al RH misional)	10 %	porcentaje
76	Asignación proyectada según el salario mínimo del RRHH administrativo estratégico	9	N/A
77	Asignación proyectada según el salario mínimo del RRHH administrativo táctico	3,5	N/A
78	Asignación proyectada según el salario mínimo del RRHH administrativo operativo	1,4	N/A
79	Densidad familiar	2,97	personas por hogar
80	Cantidad de grupos definidos en primera infancia	14	grupos
81	Cantidad de grupos definidos en infancia	6	grupos
82	Cantidad de grupos definidos en adolescencia	6	grupos
83	Cantidad de grupos definidos en juventud	11	grupos
84	Cantidad de grupos definidos en adultez	7	grupos
85	Cantidad de grupos definidos en vejez	8	grupos
86	Cantidad de ciclos educativos por momento de curso de vida	2	ciclos

No.	Concepto	Valor	Unidad
87	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en primera infancia (distribuido en el equipo)	4	sesiones/año
88	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en infancia (distribuido en el equipo)	4	sesiones/año
89	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en adolescencia (distribuido en el equipo)	4	sesiones/año
90	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en juventud (distribuido en el equipo)	3	sesiones/año
91	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en adultez (distribuido en el equipo)	3	sesiones/año
92	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en vejez (distribuido en el equipo)	3	sesiones/año

La relación de estos estándares se encuentra en la cuarta hoja de cálculo del archivo en Excel que se utiliza para la elaboración de la Nota Técnica correspondiente.

*Elaborar la nota técnica que defina las proyecciones de la cantidad de servicios relacionados con la atención por parte de los trabajadores de salud involucrados en las dos rutas*

Para la elaboración de la Nota técnica se organizó una hoja de cálculo para cada uno de los cinco municipios tenidos en cuenta en la planeación de los servicios. Cada hoja de cálculo cierra con las frecuencias de estos y con los tiempos estimados para que el talento humano pueda ejecutarlos según la programación. Las cinco hojas de cálculo se suman para obtener un estimado de la totalidad de lo que se necesita para esta formulación del proyecto. De este resumen se obtiene la información con la que se calcula la cantidad del recurso humano y el costo directo que representa. Con base en esta información se realizó el cálculo del valor de la nómina del talento humano que se presenta en la siguiente hoja de cálculo que tiene el nombre de “Costo nomina”.



# A

## Apéndice 3: Fuentes de información

Como fuentes importantes de consulta para el desarrollo de este objetivo, se invita a la consulta y el análisis de los siguientes documentos:

Fuente	Enlace
Rectoría y gobernanza hacia la salud universal	<a href="https://acortar.link/GKcMQN">https://acortar.link/GKcMQN</a>
Salud en Las Américas	<a href="https://hia.paho.org/es">https://hia.paho.org/es</a>
Evaluación de los Planes Territoriales de Salud (PTS)	<a href="https://acortar.link/Y6fia0">https://acortar.link/Y6fia0</a>
Portal web de Gestión Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)	<a href="https://acortar.link/4kTRbn">https://acortar.link/4kTRbn</a>
Seguimiento físico a los proyectos de inversión DNP	<a href="https://acortar.link/7dvgJD">https://acortar.link/7dvgJD</a>
Kit de Planeación Territorial	<a href="https://acortar.link/5dQt4T">https://acortar.link/5dQt4T</a>
ATLAS Nacional de Equidad en Salud Sostenible: Colombia	<a href="https://acortar.link/ob9fUP">https://acortar.link/ob9fUP</a>

---





Este libro busca contribuir con elementos analíticos y propuestas prácticas y se orienta a: fortalecer la autoridad sanitaria y la gobernanza de la salud pública; mejorar la capacidad resolutive del sistema en relación a los determinantes sociales, la prevención, el cuidado y la atención primaria de los problemas y necesidades de la salud; seleccionar y capacitar a los equipos interdisciplinarios de salud garantizando su contratación y estabilidad laboral y generando una red de universidades e institutos tecnológicos dispuestos y con capacidad de dar soporte a la transformación del sistema de salud en los territorios más vulnerables de Colombia.

