



Modelo de Salud Preventivo y Predictivo para una Colombia Potencia Mundial de la Vida.

Documento preliminar con énfasis en el programa de Equipos Médicos
Interdisciplinarios Territoriales-EMIT,



GUSTAVO PETRO URREGO

Presidente de la República

DIANA CAROLINA CORCHO MEJIA

Ministra de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRIGUEZ

Viceministro de Salud Pública, Prestación de Servicios y APS

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SILDARRIAGA

Viceministro de la Protección Social

CLARA MERCEDES SUÁREZ RODRÍGUEZ

Directora Epidemiología y Demografía

EDILMA MARLEN SUAREZ CASTRO

Directora Desarrollo del Talento Humano en Salud

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELÁEZ

Directora Medicamentos y Tecnologías en Salud

LIBIA ESPERANZA FORERO GRACIA

Directora Prestación de Servicios y APS

JOHANNA MARCELA BARBOSA

Directora Promoción y Prevención

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Asesora

OCTUBRE 2022



Tabla de Contenido

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
2.1. Resultados en salud: Entre la desigualdad social y de acceso y calidad en los servicios de salud.	6
Mortalidad Materna	6
Mortalidad infantil y perinatal.	7
Bajo peso al nacer.	7
Mortalidad por desnutrición.	7
Mortalidad por cáncer de mama.	8
Mortalidad Prematura.	8
Mortalidad y letalidad por Covid 19.	8
2.2. Desigualdad en la oferta de servicios.	8
2.3. La crisis de los hospitales públicos y privados.	9
2.4. Insuficiencia e inequidad en la distribución del personal de salud.	10
2.5. Ineficiencias, riesgos de corrupción e insostenibilidad del sistema.	10
2.6. Problemas de acceso.	10
3. El Modelo de salud preventiva y predictiva: Primera Etapa del Programa de Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales-EMIT	11
3.1. Conceptos y enfoques	11
3.2. Implementación de equipos médicos interdisciplinarios territoriales	13
3.3. Implementación de Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales-EMIT	13
3.3.1. Niveles Territoriales para la organización y operación de los EMIT	13
3.3.2. Descripción de los EMIT	15
3.3.3. Dinámica básica de funcionamiento	17
3.3.4. Financiamiento inicial.	18
3.4. Recuperación, Modernización y Puesta en Marcha de los Hospitales Públicos como parte de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud -RIITS que incluyen los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS	18
3.5. Dignificación del Trabajo en Salud,	21



3.6. FORMACIÓN EN SALUD: Ampliación del Personal Sanitario en los Niveles de Formación Técnico y Profesional y la Redistribución de Competencias a fin de que el personal de base recupere Capacidad Resolutiva.	24
3.7. Hacia una soberanía sanitaria.	25
3.8. Desarrollo de Ciencia y Tecnología	25
3.9. Construcción Sistema Único de Información en Salud	26
3.10. Territorialización Social, Gobernanza Democrática y Recuperación de la Gobernabilidad del Sistema De Salud	26
3.11. Fortalecimiento del Ejercicio de la Inspección, Vigilancia y Control	28
3.12. Participación y movilización social	28
4. Resumen ejecutivo de objetivos y primeros pasos por cada uno de los programas del modelo de salud preventivo y predictivo.	30
5. BIBLIOGRAFÍA	32

BORRADOR NO DIFUNDIR



1. INTRODUCCIÓN

Colombia enfrenta el gran desafío de superar las sistemáticas y graves violaciones del derecho fundamental a la salud que producen sufrimiento y mantienen la desigualdad para millones de personas en campos y ciudades a pesar de ser un país de renta media, perteneciente a la OCDE con cerca de 8% de PIB destinado al sector y de contar con un capital humano enorme con altos niveles de capacidad.

Las evidencias señalan que se trata de un problema estructural que se expresa entre otros en mal desempeño del Sistema de Salud, evidenciado en morbilidad y mortalidad evitables, grandes barreras de acceso a servicios de salud, grave deterioro de la red pública que es la única en más de 800 municipios, precarización del trabajo en salud, bajas coberturas de personal sanitario, insostenibilidad financiera del sistema, ausencia de un sistema único de información, pérdida de gobernabilidad y altos niveles de riesgo y hechos de corrupción.

Ante esta situación el nuevo gobierno propuso una transformación del sistema y el modelo de salud orientado a garantizar el derecho fundamental a la salud en el marco de la jurisprudencia, el bloque de constitucionalidad y la Ley estatutaria 1751 de 2015.

El modelo de salud preventivo y predictivo con enfoque de atención primaria y determinantes sociales que incluye varios programas interrelacionados, cuyo diseño e implementación es participativo, bajo un esquema de transición que requiere ajustes o modificaciones de política pública en el orden normativo, técnico y financiero. Los citados ajustes se articularán y materializarán con la reforma estructural al sistema de salud que se presentará durante la legislatura del primer semestre de 2023.

Los principales programas asociados al nuevo modelo son el de implementación de equipos médicos interdisciplinarios territoriales-EMIT; la recuperación, modernización y puesta en marcha de los hospitales públicos como parte de un concepto territorializado de redes integrales e integradas de salud que incluye el despliegue de centros de atención primaria- CAPS en todo el territorio nacional. Así mismo, el modelo incluye la dignificación del trabajo en salud, la ampliación del personal sanitario en los niveles de formación técnico y profesional y la redistribución de competencias a fin de que el personal de base recupere capacidad resolutoria. Esto debe estar acompañado de avanzar en políticas para una soberanía sanitaria, desarrollo de ciencia y tecnología, la construcción de un sistema único de información, la recuperación de la gobernabilidad del sistema de salud, el fortalecimiento del ejercicio de la inspección, vigilancia y control y del poder popular en salud.

El presente documento es un insumo para la construcción participativa del modelo, contando con la voz y los aportes de amplios sectores de la sociedad incluyendo la academia, las agremiaciones y el personal de la salud, las organizaciones sociales y comunitarias, los pacientes, la cooperación internacional, la institucionalidad pública y privada, entre otros.



En una primera parte se presentan indicadores de la situación que se requiere transformar y obliga a los cambios en el sistema y el modelo, luego un esbozo de los diferentes programas que hacen parte del modelo y que se implementarán progresivamente. A continuación, se describe con más detalle el programa de Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales -EMIT-, en el cual se viene avanzando con el concurso de gobernadores, alcaldes y personal de la salud en más de 130 municipios y 19 departamentos y finalmente se identifican los desafíos que se enfrentan en el corto plazo para avanzar en la construcción del modelo de salud preventivo y predictivo, al tiempo que se desarrolla una gran pedagogía y debate sobre la reforma estructural del sistema de salud.

2. JUSTIFICACIÓN

Más que un diagnóstico, se presentan algunos aspectos de la situación integral de salud que develan una serie de intolerables en materia de igualdad y violación del derecho fundamental a la salud y que exigen la necesidad de un cambio en el sistema y el modelo de salud. En su orden se presentan indicadores de morbimortalidad evitable, barreras de acceso, situación de los servicios de salud y de la grave crisis financiera.

2.1. Resultados en salud: Entre la desigualdad social y de acceso y calidad en los servicios de salud.

Mortalidad Materna

- ✓ Colombia no cumplió los objetivos de desarrollo del milenio, ODM y aún se encuentra lejos de cumplir los objetivos de desarrollo sostenible ODS. Aún en el mejor año de las últimas décadas, 2018, la Razón de Mortalidad Materna llegó a 45,29 por 100 mil nacidos vivos, 14 puntos por encima de la meta de 32 establecida para los ODS a 2030 y viene ocupando los últimos lugares en comparación con la OCDE y América Latina. Con ocasión de la pandemia, no a causa de ella, se develó una grave crisis del sistema de salud que llevó el indicador en 2021 a 73,60 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, un 65% por encima del año 2018. En el contexto de pandemia en América Latina la razón de mortalidad materna por Covid19 en Colombia fue de 22,4 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2021, mientras que en Chile fue de 6,2 y en Costa Rica de 0,1. Es decir 3,5 veces más que Chile y 22 veces más que en Costa Rica.
- ✓ En 2021 el 72% de los casos de mortalidad materna se presentaron en las ciudades en las ciudades, lo cual está evidenciando que sí bien en términos de Razón de Mortalidad Materna las ciudades prestan indicadores más bajos que las zonas rurales concentran el mayor número de muertes.
- ✓ 109436 mil mujeres durante 2021 tuvieron inadecuado control prenatal medido porque tuvieron menos de 4 controles prenatales y 29762 de ellas no tuvieron ningún



control prenatal. De otra parte solo el 65% de las mujeres gestantes que acceden a control prenatal lo hacen antes de la semana 12 y el 59% tiene acceso a micronutrientes.

- ✓ Durante 2021 solo el 30,37% de las mujeres en edad fértil accedieron a consulta de anticoncepción.
- ✓ Para el 2020, el 60 % de la población más pobre concentro el 75% de las muertes maternas. Lo cual pone de presente que las barreras de acceso y la calidad de los servicios no está mitigando la desigualdad social.
- ✓ Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo son la principal causa de muerte en las gestantes, alcanzando una razón de 13,8 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. La hemorragia obstétrica ocupó el segundo lugar dentro de las causas directas de muertes maternas, con 7,5 muertes por 100 mil nacidos vivos.

Aunque el 70% de las mujeres gestantes están afiliadas en 2021 al sistema general de seguridad social en salud, se pone de presente que la combinación entre barreras de acceso, pobreza, inadecuada gestión del riesgo y problemas de calidad tanto en zonas urbanas como rurales que están produciendo una alta mortalidad materna.

Mortalidad infantil y perinatal.

- ✓ De acuerdo a la OCDE, Colombia registra 16,5 casos por 1000 nacidos vivos (tasa ajustada) en 2017 ocupando el último lugar. La última tasa ajustada para 2020 presenta una tasa de 17,62 (DANE)
- ✓ En Colombia, la mortalidad infantil es 4 veces mayor en el quintil más pobre que en el quintil más rico, y casi 5 veces mayor cuando las madres tienen un escaso nivel de escolaridad que cuando tienen un nivel superior.
- ✓ Cerca del 41% de las muertes anuales en menores de cinco años ocurren durante el periodo neonatal y esta proporción tiende a aumentar en el tiempo.
- ✓ Dado que la salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales, se estima que dos de cada tres defunciones infantiles son evitables con medidas eficaces en la atención del parto y durante la primera semana de vida.
- ✓ La mortalidad neonatal en Colombia aporta el 64,7% de las muertes ocurridas antes del año de vida.

Bajo peso al nacer.



- ✓ En Colombia en 2020, el porcentaje de nacidos vivos sin término (independiente de la semana) con BPN fue 9,16%.
- ✓ En Colombia en 2018, el porcentaje de nacidos Vivos sin término (independiente de la semana) con BPN fue 9,21%. En este mismo año el porcentaje promedio de los países de la OCDE fue 6,6%. Países como Chile, Costa Rica y Brasil tuvieron un porcentaje más bajos que el de Colombia. Este oscilo entre 6 y 8%.

Mortalidad por desnutrición.

- ✓ El 70% de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años se concentra en el 90% de la población que tiene menor porcentaje de acceso a fuentes de agua mejorada y barreras a los servicios de salud de la primera infancia.

Mortalidad por cáncer de mama.

- ✓ De acuerdo con la OCDE hasta 2019, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama Colombia ocupa el puesto 28 entre 48 países con una tasa del 20,2. Por su parte la oportunidad de la atención general (tiempo entre la consulta por presencia de síntomas relacionados al cáncer hasta el primer tratamiento) para el período fue en promedio de 106,15 días (meta menor o igual a 60 días) Esto ha llevado a que el la mortalidad por cáncer de mama sea uno de los principales canceres en el país.

Mortalidad Prematura.

- ✓ Para el año 2005 la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles (neoplasias, sistema circulatorio, diabetes y enfermedades de vías respiratorias), fue de 248.56 y para el 2021 se evidenció una reducción con una tasa de 241.37 por 100.000 habitantes entre 30 a 70 años de manera global, sin embargo, el comportamiento es diferencial por cada evento. Para el 2019, Colombia registro el 76% de la mortalidad prematura por ENT, ocupando el 6 país con mayor tasa en la región.

Mortalidad y letalidad por Covid 19.

- ✓ Para el año 2021, Colombia se ubicó en los primeros 20 lugares en el mundo en materia de mortalidad, letalidad y exceso de mortalidad por Covid19, solo superado por en la región por Brasil, México y Perú.

2.2. Desigualdad en la oferta de servicios.



- ✓ *Inexistencia de servicios de salud en zonas rurales:* Del total de municipios y áreas no municipalizadas, 630 no cuentan con sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS en zona rural, equivalente al 56%, y 492 municipios solo cuentan con una sede en zona rural.
- ✓ *Concentración urbana de los servicios de salud.* Del total de sedes de IPS (20.312 sedes), el 90% se encuentra en zona urbana (18.335) y solo el 10% en zona rural (1.977). La mayor concentración de sedes de IPS en Bogotá (22,92%) y en los departamentos de Antioquia (20,58%), Valle del Cauca (9,82%), Santander (4,02%) y Atlántico (4%); y la menor concentración EN Guainía (0,02%), Vichada (0,04%), Vaupés (0,07%), Guaviare (0,1%) y San Andrés (0,14%).
- ✓ *Inexistencia de servicios de atención de partos:* El ... de los municipios depende del hospital público, servicios trazadores.
- ✓ *Bajas coberturas de servicios trazadores para la atención primaria resolutiva:* En 305 municipios no hay salas de partos, en 183 no hay servicios de urgencias.
- ✓ *Déficit y concentración de camas hospitalaria.* En general, en relación a camas hospitalarias por 1.000 habitantes, la capacidad instalada se ha mantenido durante 17 años en 1,7 y creció con ocasión de pandemia a 1,88 (incremento del 0,18) a septiembre de 2022. Los países OCDE tienen entre 3 y 8 camas por 1000 habitantes.
- ✓ *Baja cobertura de servicios domiciliarios:* A 10 de octubre de 2.022, 8.319 sedes de prestadores de servicios de salud habilitan 24.566 servicios de salud en la modalidad extramural domiciliaria ubicados en 899 municipios de 32 departamentos y 5 distritos. De estas sedes, 1.200 son públicas con 2957 servicios habilitados ubicados en 723 municipios de 30 departamentos y 4 distritos. Si bien hay servicios en el 80% de los municipios, la gran mayoría se concentra en capitales y distritos.
- ✓ *Desarrollo incipiente de la telemedicina:* De acuerdo con lo reportado en el REPS, a 31 de agosto DE 2022 4,5% de las sedes de prestadores del país habilitan servicios en la modalidad de telemedicina con el cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud lo que equivale a 3.694 sedes de prestadores de servicios de salud inscritos con 11.988 servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, ubicados en 380 municipios de 32 departamentos y 6 distritos. En las zonas rurales priorizadas por el PNSR, con



corte a agosto 31 de 2022, se registran en el REPS 423 sedes de prestadores de servicios de salud ubicadas en 103 municipios que ofrecen 1486 servicios en la modalidad de telemedicina, 111 de estas sedes son de naturaleza pública y ofertan 399 servicios de esta modalidad en 65 municipios.

2.3. La crisis de los hospitales públicos y privados.

- ✓ *Déficit entre 2018 y 2021.* Los hospitales públicos entre 2018 y 2021 prestaron servicios y facturaron 13,2 billones, de los cuales recaudaron 8,4, es decir el 63% generándose un déficit de 4,4 billones, de los cuales 3.3 billones corresponden a deudas de las EAPB. De haberse recaudado el total los hospitales públicos cubrirían el 100% de sus obligaciones y podrían fortalecerse.
- ✓ *Cartera irrecuperable, despatrimonialización de lo público.* Las EAPB adeudan con corte a 30 de junio de 2022, \$10,6 billones, con un incremento del 24,6% respecto al 2018, en donde la cartera irrecuperable corresponde a \$5,7 billones (53% del total), esta última ha crecido desde el 2018 en un 21%. Un 38%, 4.1 billones corresponde a EAPB liquidadas o en liquidación.
- ✓ *Personal de salud y proveedores de bienes los más afectados.* Entre los pasivos exigibles se encuentran obligaciones con proveedores de bienes y servicios (\$1,44 billones) Honorarios a contratistas (\$550 mil millones) y nómina por pagar representa el 1,6% (\$95 mil millones)
- ✓ *Los prestadores privados también en crisis.* Basados en la información que reportan las IPS privadas (Circular 030), las EPS liquidadas, les adeudan \$5,4 billones.

2.4. Insuficiencia e inequidad en la distribución del personal de salud.

- ✓ Con 2,5 médicos cada mil Hab, Colombia está por debajo del promedio de los países OCDE (3,6 médicos / mil Hab.) y con 1.6 enfermeras por cada mil Hab., está por debajo del promedio de los países OCDE (8.8 enfermeras/mil Hab.)
- ✓ En Colombia existen 86.234 profesionales en odontología, con una densidad de 1,7 profesionales por cada 1.000 habitantes y 30.722 profesionales en fisioterapia, con una densidad de 0,6 profesionales por cada 1.000 habitantes.
- ✓ Los auxiliares de enfermería en Colombia son 329.607, el 80% del total de auxiliares en salud (415.384). La densidad en el país es de 6,5 por cada mil habitantes.



- ✓ La información del observatorio corresponde al cruce de base de datos y refleja la concentración en ciudades capitales o cabeceras municipales, así como la ausencia de trabajadores del sector en zonas rurales y dispersas

2.5. Ineficiencias, riesgos de corrupción e insostenibilidad del sistema.

- ✓ *Desfase estructural entre lo que se adeuda y lo que se reconoce:* Las EAPB reportan cuentas por pagar de 16,4 billones, mientras que las IPS demandan 27,3 billones con lo que hay una diferencia de 10,9 billones lo que refleja ineficiencia, ausencia de un sistema único de información y bajo nivel de transparencia.
- ✓ *Más del 80% de las EAPB liquidadas, en proceso de liquidación o con medida especial:* Según la Superintendencia Nacional de Salud¹ se han liquidado ciento siete (107) EPS, de las cuales la mayoría eran privadas (con diferentes formas organizacionales). En proceso de liquidación se encuentran quince (15) de las cuales una (1) es pública y las restantes trece (13) son privadas y finalmente están vigentes treinta (30) EPS de las cuales hay tres (3) mixtas, una (1) pública, cinco (5) públicas especiales indígenas y diecisiete (17) privadas. Debe señalarse que diez (10) de estas treinta (30) están en medida especial de vigilancia; siete (7) privadas, una (1) mixta, una (1) pública especial y una (1) pública.

2.6. Problemas de acceso.

- ✓ *Diferencia entre cobertura de la afiliación y el acceso.* De acuerdo a la encuesta 2020 y 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre la percepción de los usuarios de EPS de régimen contributivo y subsidiado a la cual están afiliados se puede establecer que el 26,2% de la población, es decir más de 15 millones de personas tuvieron entre regular y muy mal nivel de acceso a servicios de salud.

3. El Modelo de salud preventiva y predictiva: Primera Etapa del Programa de Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales-EMIT

El Modelo de salud preventiva y predictiva es un eje vertebrador del Programa de Gobierno y el Plan Nacional de Desarrollo en construcción para una Colombia Potencia Mundial de la vida y para la transformación del sistema de salud en el país. Como se ha presentado en el capítulo precedente este proceso responde a una necesidad

¹ Oficina de Liquidaciones, Superintendencia Nacional de Salud.



imperiosa de garantizar el derecho fundamental a la salud de manera universal, sistemática, permanente y territorializada.

El modelo tiene soporte en la jurisprudencia constitucional, el bloque de constitucionalidad, la ley estatutaria y normas ordinarias vigentes con poco nivel de implementación. En efecto, entre otras la sentencia T-T60 de 2008 y sus 25 órdenes, la ley Estatutaria 1751 de 2015, y la sentencia C-313, pero también la observación 14 del Pacto Internacional por los Derechos Económicos, sociales y culturales-PIDESC, la Ley 1122 y la 1438 en lo referente a atención primaria y red pública hospitalaria así como innumerables resoluciones de la Organización Mundial de la Salud alrededor del derecho a la salud, la universalidad, el acceso y la atención primaria constituyen un fundamento sólido, obligatorio e irrenunciable por parte del Estado para estructurar un cambio en el sistema y el modelo de salud en el país.

En este documento se adelanta una presentación de los conceptos y enfoques orientadores, los programas que componen el modelo en su totalidad y en mayor nivel de detalle el correspondiente al de Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales-EMIT siempre ratificando que se expone la perspectiva y los que deben ser los avances en el corto plazo como parte del proceso de transición en salud en el país.

3.1. Conceptos y enfoques

A pesar de los múltiples desarrollos técnicos y normativos a nivel global y de Colombia, el país ha abandonado el concepto de prevención como pilar fundamental del sistema de salud que incluye el conjunto de instituciones, políticas públicas y programas de acción participativa que permitan de manera universal a lo largo del ciclo de atención integral de las personas, familias y colectivos:

Conceptos:

- ✓ *Promover* estructuras y prácticas que favorezcan la autonomía, el cuidado, la solidaridad, la participación, el respeto por la naturaleza y todas sus formas de vida, la paz, la diversidad, el buen vivir y todas las condiciones que fortalezcan integralmente la salud de toda la población.
- ✓ *Identificar* de manera activa con oportunidad, pertinencia y calidad a nivel colectivo, familiar e individual las condiciones amenazan la salud, el bienestar colectivo, familias e individual e *implementar* acciones sectoriales e intersectoriales para superarlas, mitigarlas y transformarlas en un marco de eliminación de la desigualdad.
- ✓ Con base en un sistema único de información interoperable y un sistema permanente de tamizajes, estudios y monitoreo de las condiciones de salud *predecir* tendencias, dinámicas e indicadores socioepidemiológicos



territorializados que permitan planear y adelantar acciones promocionales y preventivas pertinentes y oportunas a nivel colectivo, familiar e individual.

Enfoques:

- ✓ *APS Universal:* Retomando los aportes de Alma Ata, de la APS renovada, de la Carta de Ottawa sobre la promoción de la Salud, de la salud en todas las políticas de Yakarta y de universalidad de Astana el modelo de salud preventivo y predictivo se fundamenta en la APS que garantice los mayores estándares en materia de derecho humano a la salud, es decir universal, sin dependencia de la capacidad de pago y sin discriminación de ningún tipo, participativa, territorializada, diversa, como puerta de entrada e integrada a todos los niveles de atención y articulada a la afectación de determinantes sociales.
- ✓ *Derechos Humanos:* La finalidad del Estado es garantizar el derecho a la salud a través de sus instituciones, políticas públicas, presupuestos, servicios y todos los recursos disponibles de tal manera de evitar por todos los medios vulnerar o generar condiciones para la vulneración de dicho derecho.
- ✓ *Territorial:* La base de la organización del modelo debe ser territorial en el sentido que se cubra la totalidad de los territorios considerando las necesidades y diversidades sociodemográficas y procurando que los servicios de salud lleguen a todas las comunidades sin ninguna discriminación.
- ✓ *Participación:* Debe garantizarse la participación vinculante de toda la población en su diversidad en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación del mismo
- ✓ *Determinantes Sociales:* La salud en todas las políticas debe ser una condición estructural que permita que, el conjunto de las acciones del Estado, se encaminen a garantizar las condiciones para el disfrute del más alto nivel de salud de toda la población. Por esta razón a nivel político, programático y operativo el modelo debe actuar en interacción vinculante con todos los sectores a cargo de los determinantes sociales y en una perspectiva de eliminación de las desigualdades.
- ✓ *Interculturalidad:* Debe asegurarse que a lo largo de las políticas, instituciones y acciones concurren los conocimientos, saberes y prácticas de los pueblos originarios, afrodescendientes, raizales, palenqueros y room, así como las medicinas alternativas y complementarias.
- ✓ *Diversidades:* El modelo debe dar cuenta de las diversidades territoriales, regionales, socioculturales, de generación, etnia, situación y condición existente en la sociedad en particular de aquellos sectores con mayor nivel de exclusión.
- ✓ *Género y diversidad sexual:* Debe garantizarse la participación, la voz y las decisiones en igualdad de condiciones de las mujeres, los hombres, la población trans y de las sexualidades no binarias.



3.2. Implementación de equipos médicos interdisciplinarios territoriales

En cumplimiento de la ley 1438 de 2011 y la ley Estatutaria 1751 de 2015 y en el marco de un gran acuerdo nacional por la paz total, la salud y la vida, cuyo eje central es la garantía del derecho fundamental a la salud a través de un sistema público, universal, preventivo, participativo descentralizado e intercultural, donde el enfoque de la salud es la Atención Primaria en Salud (APS) la cual incluye a toda la sociedad y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, así como la garantía del acceso a los servicios de acuerdo a las necesidades de la población en un proceso continuo que va desde la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos prestados en lugares próximos a los entornos cotidianos de las personas.

La puesta en marcha técnica y operativa de esta visión, con la participación coordinada de actores sectoriales y transectoriales de todo el territorio nacional, marca el inicio de un periodo de transición hacia un modelo de salud preventivo y predictivo en el que se intervienen los determinantes sociales de la salud y todas las políticas públicas aseguren la coordinación y cohesión para garantizar derechos fundamentales como la alimentación, al agua, a la vivienda, al saneamiento básico, el ambiente sano, al trabajo decente, que permiten en conjunto realizar una vida digna para todos y todas.

3.3. Implementación de Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales-EMIT

Este programa busca garantizar ampliar la base de oferta de servicios promocionales y preventivos en todo el territorio nacional en toda su diversidad de manera *universal* porque no dependerá de que las personas estén afiliadas a algún régimen o incluso que no lo estén y por tanto no dependerá de la capacidad de pago; es *sistemático* porque obedece a un diseño técnico con un sistema de monitoreo y evaluación y aunque su implementación es progresiva busca instalarse como uno de los pilares fundamentales del nuevo modelo; es permanente porque no puede depender de ciclos contractuales, no consiste en brigadas esporádicas sino que se desarrolla durante todos los días del año y finalmente es territorializado porque los EMIT como parte de la red integral e integrada de servicios de salud adscribirá a todos los hogares en su territorio para que de esta manera se convierta en puerta de entrada al sistema de salud. A continuación se describen los niveles territoriales de los EMIT, su dinámica de funcionamiento básico, las funciones por perfil, el financiamiento y elementos básicos del monitoreo y evaluación

3.3.1. Niveles Territoriales para la organización y operación de los EMIT

El territorio es entendido como el espacio físico-social donde transcurre la vida de las personas y familias, en donde se produce la salud y la enfermedad dependiendo la determinación social. Se diferencian varios niveles, Regional, departamental, subregional, municipal en zonas urbanas y rurales (corregimientos y veredas), territorios



(que comparten condiciones físicas, ambientales y socioculturales) y microterritorios de salud.

Nivel Regional: Dadas las configuraciones geográficas, sociopolíticas y culturales del territorio nacional el modelo contemplará acción e interacción en territorios que articulan municipios de más de un departamento.

Nivel Departamental: Escenario territorial y político administrativo que integra las acciones del gobierno, bajo la dirección de las gobernaciones y las secretarías de salud, para articular las políticas, programas y los servicios de salud, y organizar la respuesta a las necesidades identificadas que afectan la salud y la calidad de vida de la población.

Subregional: Áreas contiguas en las que se comparten características geográficas, socioculturales y económicas dentro de un departamento, pero que entre sí son heterogéneas, en las cuáles se espera desarrollar la transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales y complementar las capacidades de los diferentes actores del sector salud.

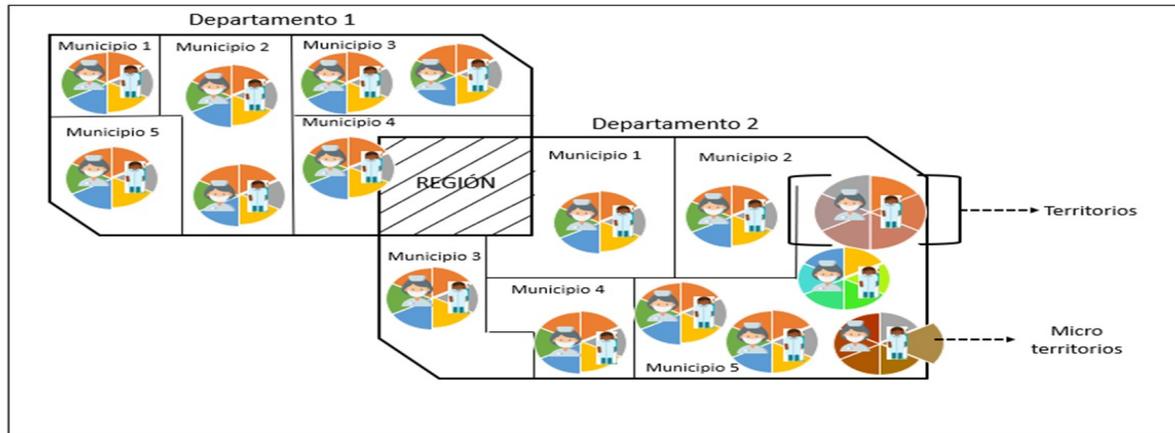
Municipal: El municipio es la unidad político administrativa a nivel funcional y estructural del ordenamiento territorial del Estado. Se distinguen zonas urbanas con sus barrios y zonas rurales organizadas en corregimientos y veredas. En el caso de los pueblos indígenas se considerarán los resguardos, en los pueblos afrocolombianos los concejos comunitarios y en las zonas campesinas, aquellas que se acuerden con sus asociaciones y organizaciones.

Territorios de salud: Espacio territorial en el que se comparten dinámicas geográficas, poblacionales y factores socio ambientales y culturales que inciden en las condiciones de salud y el reconocimiento de zonas de impacto y de riesgo. Un territorio está conformado por un rango variable de entre 3 a 10 microterritorios dependiendo del nivel de dispersión geográfica y la densidad poblacional. Este nivel se configura como el espacio de intervención permanente, sistemática e integrada de los Equipos Territoriales para la ejecución de acciones de riesgo colectivo, gestión de riesgo individual frente a eventos de interés en salud pública y atención en salud de la población contratada. Incluyen los otros entornos de vida cotidiana para la ejecución de las intervenciones jardines infantiles, hogares de bienestar familiar, sedes de instituciones educativas, instituciones de protección, entornos laborales, entre otras.

Micro territorios de salud: Espacio territorial y social conformado por un promedio de 400 a 500 hogares, que podrán ajustarse dependiendo de la dispersión poblacional a niveles que pueden llegar a 30 o 60 familias en zonas alta dispersas. Incluyen tanto a los hogares, como las dinámicas comunitarias, ambientales e institucionales contenidas en tal nivel territorial.; Este nivel estará a cargo de un auxiliar de enfermería. El siguiente gráfico ilustra los diferentes niveles territoriales:



Gráfico No 1. Niveles Territoriales de los EMIT



La base para el modelo preventivo y predictivo es la adscripción poblacional a Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales para garantizar la prestación de los servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluye la articulación de las acciones de gestión de riesgo individual con cargo al PBS y las intervenciones colectivas con cargo a los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva, que den respuesta a las necesidades de la población y de su entorno en el territorio, coordinando con las acciones y políticas de los diferentes sectores, en el ámbito de los determinantes sociales y del diálogo y el empoderamiento de la comunidad.

3.3.2. Descripción de los EMIT

- **Equipos Territoriales:** Ejecutan acciones de promoción de la salud y de gestión de riesgo, conformados por: 1 médico general, 1 profesional de enfermería, 1 profesional en psicología y de 5 a 10 auxiliares de enfermería (cada uno a cargo de un rango de familias variable que en promedio puede ser de 400 a 500 familias), vinculados a Centros de Atención Primaria en Salud o a puestos y centros de atención de cada Hospital Público. La asignación de individuos, familias y comunidades a un equipo de atención favorece un mayor conocimiento de las dinámicas de salud y bienestar de dichas poblaciones, sin fragmentar la prestación de los servicios y asegurando la continuidad y la oportunidad de los mismos en los ámbitos de vida cotidiana. Estos equipos fueron contemplados en la ley 1438 de 2010 bajo la denominación de equipos básicos que se interpretan como la base del modelo pero que en la práctica se tratan de equipos especializados en salud pública y medicina familiar de carácter interdisciplinario.
- **Equipos Complementarios:** Ejecutan acciones de gestión de riesgos individuales y colectivas; conformados por profesionales y técnicos: nutrición, odontología, gerontología, optometría, terapia física, ocupacional y del lenguaje; técnico

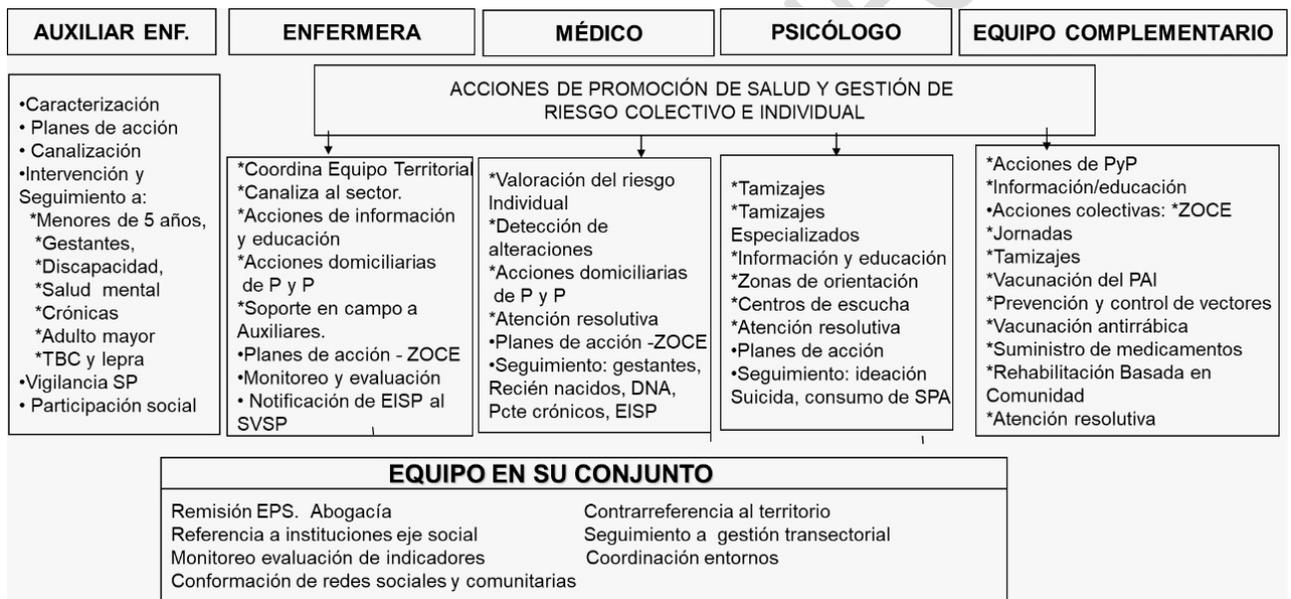


ambiental, en salud ocupacional, comunitario, vacunador y anotador. Se financian con cargo a los recursos del SGP, subcuenta de salud colectiva y pueden articularse con los recursos del sistema destinados a las intervenciones individuales. Estos equipos tendrán cobertura municipal y su número dependerá del número de equipos territoriales.

- **Equipos de Especialistas:** conformados por Médico Familiar, Internista, Pediatra, cirujano y Ginecobstetra. Se financian con cargo al Plan de Beneficios del Sistema – PBS.

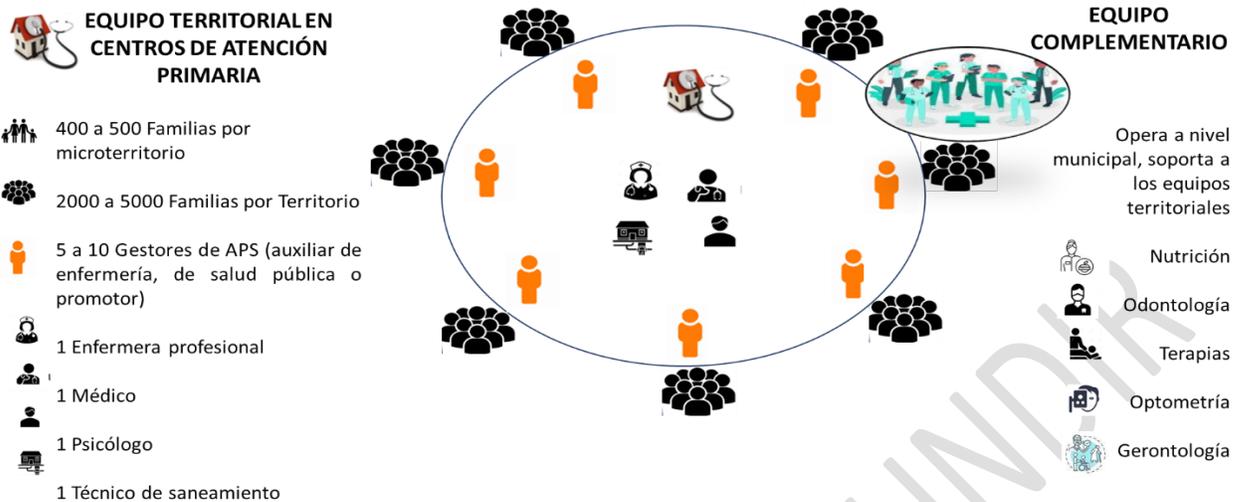
En el siguiente gráfico se resumen las principales funciones de los perfiles de los equipos territoriales y complementarios

Gráfico No 2. Funciones Básicas de los miembros del EMIT



En el siguiente gráfico se presenta una distribución probable de familias y números de microterritorios y territorios.

Gráfico No 3. Relación entre equipos y niveles territoriales

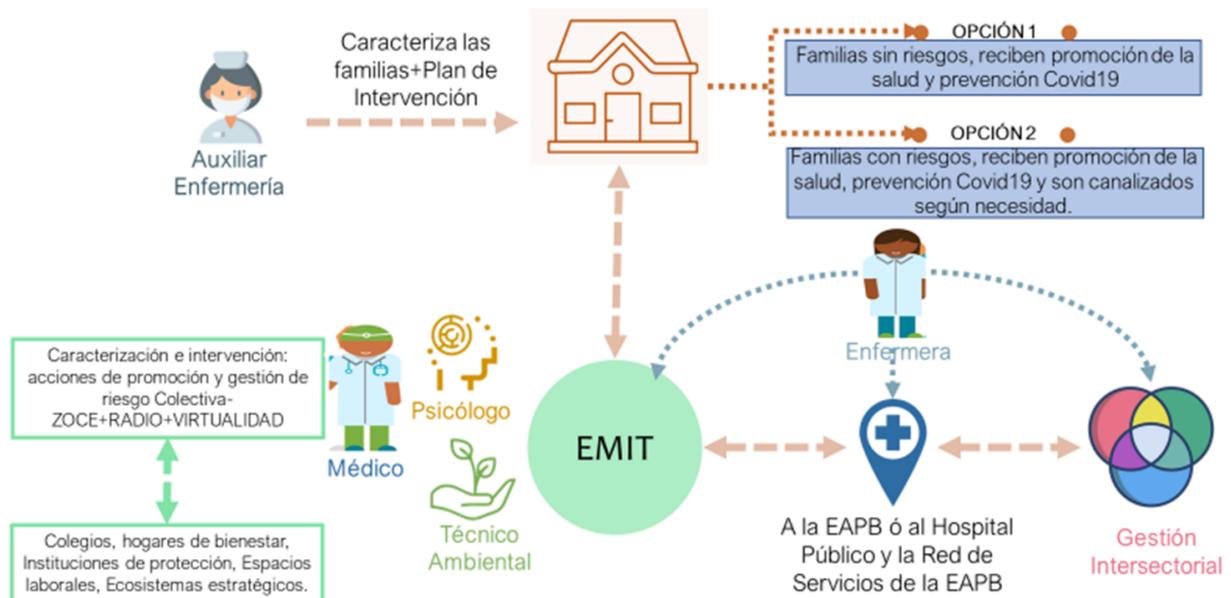


3.3.3. Dinámica básica de funcionamiento

En cada microterritorio, la auxiliar de enfermería a cargo de un número de hogares de manera permanente de tal manera que pueda realizar visitas familiares tres veces al año a cada una y las que se requieran en los hogares que lo requieran por situaciones de riesgo hace labores de caracterización familiar y de la vivienda, formula planes de intervención, adelanta labores de promoción y se articula a un coordinador que es el profesional de enfermería, quien define cual de los tres tipos de respuesta adelantar: 1. Visita programada del personal del equipo territorial; 2. Referencia al hospital al que está adscrito el hogar y/o gestión ante la EAPB para activar respuestas integrales y oportunas y 3. Referencia a las entidades públicas que puedan atender demandas sociales, económicas y culturales de los hogares. El equipo EMIT en particular en sus visitas puede adelantar labores de tamizaje especializado, realizar acciones de promoción y atención según su perfil de necesidad.

El equipo territorial adelantará actividades familiares e individuales directamente en la casa y actividades colectivas tipo centros de escucha y zonas de orientación, talleres, conversatorios y acciones de información, educación y comunicación. El siguiente gráfico resume la dinámica básica de funcionamiento del EMIT.

Gráfico No. 4 Dinámica básica de funcionamiento de los EMIT



3.3.4. Financiamiento inicial.

Las acciones promocionales contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas se financian con recursos del Sistema General de Participación a través de proveer el personal de los equipos territoriales y parcialmente del complementario. Las acciones contempladas en el Plan Básico de Salud-PBS se financian con recursos de la UPC contratados por las EAPB con los hospitales públicos.

En esta primera etapa se fortalecerá el subsidio a la oferta a la red pública para que destine estos recursos a la implementación de los equipos y al fortalecimiento de su capacidad resolutive a nivel intramural.

En perspectiva se avanzará para que los recursos del PBS para detección temprana y protección específica se destinen a fortalecer al hospital público tanto en su respuesta extramural con los EMIT y la capacidad resolutive.

3.4. Recuperación, Modernización y Puesta en Marcha de los Hospitales Públicos como parte de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud -RIITS que incluyen los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS

Generalidades: La ley 1751 de 2015, Estatuaria, en el artículo 13 plantea la organización del sistema de salud en redes integrales de servicios de salud, que pueden conformarse por entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que contribuyen a evitar la fragmentación en la prestación del servicio de salud, al



incorporar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, por cuanto implican la cobertura global de las contingencias derivadas del derecho a la salud a través de una misma estructura organizacional.

El concepto de “redes integrales” de servicios de salud en la Sentencia C – 313 de 2014, se refiera a aquellas que en su estructura cuentan con instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades para garantizar una cobertura global de las contingencias que se puedan presentar en materia de salud. El concepto de red integral, en su comprensión semántica, apareja la idea de acceso efectivo para todos los usuarios a los servicios y tecnologías que ofrece el sistema de salud, que garantiza todas las coberturas necesarias al paciente, con independencia de su composición administrativa y estructural y sin las limitaciones que surgen de la idea de sistema integrado de salud.

Por su parte, las redes integradas, según la Sentencia mencionada, guardan relación con sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional, lo que no necesariamente implica la disposición de todos los servicios necesarios para abordar el mayor número de situaciones posibles, *“ya que de su etimología tan solo se desprende la idea de varias entidades compartiendo un orden funcional, mas no el propósito de atender la demanda de la salud en todos sus ámbitos”*, que se refiere a un componente netamente administrativo. Las Redes Integradas de Servicios de Salud se definen como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, de salud y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

El Modelo de Atención en Salud Promocional, Preventivo y Predictivo se desarrolla en el marco de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales cuyos objetivos generales y específicos consisten en:

- Organizar, gestionar, operativizar y hacer seguimiento a la respuesta en salud de los diferentes actores del Modelo de Salud en el país, articulada con la respuesta transectoriales, garantizando y materializando el derecho fundamental a la salud y la afectación positiva de los determinantes sociales y ambientales, con un enfoque territorial, poblacional de diversidad, diferencial e intercultural, basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud – APS.
- Proveer atención integral e integrada en respuesta a las necesidades y expectativas de la población, con un portafolio de servicios tanto individual como colectivo de responsabilidad de los actores del modelo de atención, con diferentes fuentes de financiamiento, articulando los planes de beneficio, incluyendo la atención de salud individual, familiar y comunitaria y las diferentes modalidades de atención (Intramural, extramural, domiciliaria, telemedicina/telesalud), logrando el acceso real y efectivo de la atención en salud, socio-sanitaria-ambiental.



- Conformar Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales – EMIT, que ejecutarán acciones promoción de la Salud, de gestión de riesgo colectivo, en el marco de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas y acciones individuales con cargo al Plan de Beneficios en Salud, adscritos a Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS, con el apoyo de equipos complementarios y de especialistas que garanticen la integralidad en la atención.
- Fortalecer las capacidades técnicas y operativas del talento humano que lidera los procesos de gestión en salud pública en las Entidades Territoriales.
- Fortalecer los Hospitales públicos desde el nivel primario hasta alta complejidad con infraestructura, dotación y tecnología conforme con las necesidades del territorio

Sostenibilidad de la red pública: Para la conformación de la red en la transición, se realizó el análisis de la situación financiera de las ESE, la identificación de la cartera, especialmente la de difícil recaudo por liquidación de EPS; la identificación de las ESE que se encuentran en PSFF (185); con medidas especiales de la SNS (13), intervenidas por la SNS (12) y en Ley 550 de 1999.

Con el propósito de garantizar la sostenibilidad de la red de hospitales públicos, se está trabajando en los siguientes aspectos:

1. Ajustar la metodología del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes -PTRRMR cambiando la visión de modelo de red pública para involucrar a los prestadores privados y mixtos, bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Territorial y que incluya la tipología de servicios y modalidades de atención que favorecen acceso a los servicios.
2. Revisar y ajustar la metodología de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, PSFF, junto con la Dirección de Apoyo Fiscal del MHCP, cambiando el enfoque de rentabilidad financiera por rentabilidad social.
3. Revisar y ajustar la metodología de evaluación de gerentes, reorientando los indicadores hacia resultados en salud, disminución de barreras de acceso, mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios
4. Ajustar, expedir y brindar asistencia técnica de los Lineamientos de buenas prácticas en telesalud y telemedicina
5. Revisar los avances y propuestas en la Historia Clínica única interoperable y convocar mesa técnica de expertos
6. Revisar las posibles fuentes de financiamiento para subsidio a la oferta a las ESE que no son sostenibles financieramente, y el impacto en el marco fiscal de mediano plazo.

Centros de Atención Primaria- CAPS en todo el Territorio Nacional.

Los Centros de Atención Primaria en Salud son la unidad funcional básica y la puerta de entrada al Sistema de Salud en el primer nivel de atención, cuya responsabilidad es



atender de forma integral la salud de las personas, familias y comunidad que conviven en un mismo espacio geográfico-poblacional y dar seguimiento al medio ambiente.

Los objetivos de los CAPS son:

- a) Acrecentar el vínculo de los equipos de atención de las ESE con la población, para el mantenimiento y mejora de la salud de la comunidad.
- b) Mejorar el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales, según las necesidades identificadas haciendo énfasis en la cobertura de acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.
- c) Integrar las acciones individuales y colectivas básicas en la comunidad.
- d) Fomentar la adherencia de la población a los programas de protección específica, de detección temprana de las enfermedades y de mantenimiento de la salud.
- e) Constituir la base de las redes integrales e integradas territoriales de servicios
- f) Fortalecer la participación de la comunidad en procesos de control social, de rectoría del Sistema de Salud y de incidencia en políticas que favorezcan la salud.
- g) Ampliar significativamente la capacidad instalada de las ESE para el desarrollo de las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención de grupos poblacionales específicos en zonas de población diversa y dispersa.

Ajuste en los procesos de habilitación de servicios de salud.

Considerando que el actual sistema de habilitación actual no consulta adecuadamente las realidades territoriales y las necesidades de las poblaciones se requiere un proceso de ajuste que fortalezca el sistema obligatorio de garantía de la calidad. Se viene avanzando en la propuesta de modificación de la 3100 a través de la siguiente ruta:

- El desarrollo de un Modelo relacional de habilitación cuyo resultado será la construcción de fichas técnicas por servicios, modalidades, complejidades y especificidades.
- La definición de nuevas modalidades o criterios de modulación de la prestación de servicios de salud: Adecuación multicultural de los servicios de salud, ajustes a prestación en ruralidad y alta ruralidad y demás ajustes razonables y en contexto, que den cuenta de los enfoques poblacional, territorial y diferencial y sus interseccionalidades.
- La definición técnica de metodologías de análisis desde la perspectiva del riesgo técnico o secundario (Seguridad del paciente) Prospectivo: AMEF (Análisis Modo de Fallo y Efectos) Retrospectivo: (Protocolo de Londres),

3.5. Dignificación del Trabajo en Salud,

Es importante mencionar que según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde 1990 se definen cuatro elementos que integran el trabajo digno: el empleo, la protección social, los derechos de los trabajadores y el dialogo social.



- a) El empleo: integra características como la existencia de oportunidades de empleo con remuneración económica y en especie, y las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.
- b) La protección social: contempla la seguridad social como elementos esenciales para el desarrollo individual, familiar y social enmarcado en procesos de contingencia como enfermedades, discapacidades y jubilación, así como también en la necesidad de garantizar espacios de tiempo libre, descanso y de interacción familiar y social.
- c) Los derechos de los trabajadores: fundamentado en los componentes de los derechos fundamentales del trabajo: libertad de pensamiento e ideologías, erradicación de la discriminación y explotación laboral, del trabajo forzoso y del trabajo infantil.
- d) El dialogo social: siendo el espacio para la exposición libre de opiniones, defensa de intereses y posibilidades de negociación con los empleadores y con las autoridades competentes relacionados con la actividad laboral.

Estos elementos promueven las condiciones para acceder y mantener una calidad de vida de los y las trabajadoras en salud, para satisfacer las necesidades básicas en el marco de los derechos humanos. De igual forma, la agenda 2030 establece en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (objetivo N°8) la necesidad de promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible en el empleo productivo y el trabajo decente.

Con base en lo anterior, el modelo preventivo y predictivo basado en la atención primaria en salud integra los cuatro elementos que conforman el trabajo digno en los y las trabajadores de la salud:

Elementos	Estrategias	Descripción
Empleo y condiciones laborales	Oportunidades de empleos en escenarios clínicos y no clínicos	Se promoverá las posibilidades de empleos en los diferentes escenarios de ejercicio y desempeño laboral del talento humano en salud por medio de incentivos a los empleadores La planificación del talento humano en salud se podrá realizar teniendo en cuenta la Guía Técnica definida por la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo de acciones individuales y colectivas del modelo preventivo y predictivo en el marco de la Atención Primaria en Salud
	Tipos de contratación	Se definirán los tipos de contratación de los y las trabajadores para el desarrollo y mantenimiento de las acciones individuales



		<p>y colectivas desarrolladas en escenarios clínicos y no clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Contratación por término fijo con duración mínima de 1 año con pago de las prestaciones sociales• Contratación por término indefinido con pago de las prestaciones sociales• Para los ámbitos públicos se debe contemplar la contratación a través de los mecanismos definidos por la función pública.
	Ingresos: escalas salariales	En la Política de Talento Humano en Salud se definirán escalas salariales para los y las trabajadoras de salud según nivel de formación y experiencia
	Incentivos laborales	En la Política de Talento Humano en Salud se definirán los tipos de incentivos salariales que los empleadores podrán ofrecerle a los y las trabajadoras de salud
Protección social	Inclusión social	Se contempla mecanismos que garanticen la contratación y vinculación laboral de los y las trabajadoras de salud que tengan condiciones particulares, tales como: madres o padres cabezas de hogar, condición de desplazamiento, condición de víctimas de conflicto, condición de discapacidad.
	Acceso a la pensión	Los tipos de contratación definidos deben conllevar a la garantía del acceso a la seguridad social enmarcado en procesos de contingencia como enfermedades, discapacidades y jubilación
	Protección y bienestar integral	Los empleadores deben contemplar elementos para la protección de la salud mental y el fomento el bienestar integral: <ul style="list-style-type: none">• Periodo de vacaciones según la normatividad vigente• Espacios en tiempo y lugares físico en el entorno laboral para los periodos de descanso durante las jornadas de trabajo• Tiempos de trabajo presencial y virtual máximos de XXX• Durante la semana laboral se debe contar con tiempos para compartir en familia y permitir la interacción social



		<ul style="list-style-type: none">Reforzar los mecanismos de prevención, gestión integral del riesgo, valoración, detección temprana, tratamiento y rehabilitación de alteraciones de salud mental y trastornos psiquiátricos.
Derechos de los trabajadores	Abogacía	Los y las trabajadores de la salud deben contar con mecanismos claros de denuncia ante situaciones que vulneren las condiciones laborales y los derechos de los trabajadores
	Mecanismos de vigilancia	El Ministerio de trabajo debe garantizar mecanismos de inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de las recomendaciones para el trabajo digno
Dialogo social	Espacios de comunicación y concertación	Los y las trabajadores de la salud deben contar con espacios frecuentes para la comunicación y concertación de condiciones de trabajo digno en el entorno de trabajo
	Espacios de verificación	Teniendo en cuenta el trabajo intersectorial para la garantía del trabajo digno se deben generar espacios de verificación con los y las trabajadores de salud contratados en los escenarios clínicos y no clínicos para valorar el cumplimiento de las recomendaciones dadas en este modelo

3.6. FORMACIÓN EN SALUD: Ampliación del Personal Sanitario en los Niveles de Formación Técnico y Profesional y la Redistribución de Competencias a fin de que el personal de base recupere Capacidad Resolutiva.

En el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), el personal de salud para sus procesos de formación a nivel técnico, tecnológico, pregradual y posgradual y de formación continua requiere de conocimientos, actitudes, aptitudes y habilidades para el abordaje de los individuos, las familias y las comunidades sanas, enfermas o con un nivel de riesgo identificado, desde las perspectivas de la promoción, la educación, la prevención, el diagnóstico, la curación, la rehabilitación y la paliación.

Así mismo, se plantea la necesidad del trabajo colaborativo en equipos multidisciplinarios e intersectoriales, así como también con la posibilidad de aprender, comprender y permitir el diálogo de saberes interculturales en comunidades étnicas y con características diferenciales, comprendiendo el pluralismo terapéutico existente en el territorio colombiano. Las competencias del talento humano en salud deben permitir el fortalecimiento de las capacidades comunitarias, de su tejido y cohesión social, así como el empoderamiento individual para el autocuidado y cuidado de los otros.



Lo anterior hace parte de la puesta en marcha para lograr la salud universal y la reducción de las inequidades sociales, por medio de la intervención y modificación de los determinantes sociales de la salud planteados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Lo descrito anteriormente, pone de manifiesto el desarrollo de estrategias de aprendizaje innovadoras, basado en las realidades y resolución de problemas; la definición de mínimos en la formación formal del talento humano en salud en el marco de la APS, el entrenamiento de los profesores, los procesos de educación continua.

En términos de prioridades para la construcción del desarrollo, progresivamente se debe ampliar la oferta pertinente de formación a nivel territorial y nacional en todos los niveles y áreas de la salud, en segundo lugar, se deben impulsar cambios en los procesos de formación orientados a recuperar la capacidad resolutoria del personal que está en la base del sistema, lo cual incluye la restauración de la figura del promotor de salud comunitario. En tercer lugar, se generarán políticas que permitan la redistribución del personal de salud hoy concentrado en las grandes ciudades y se potenciará y ampliará el servicio social obligatorio a todas las profesiones del sector.

3.7. Hacia una soberanía sanitaria.

La soberanía sanitaria se entiende como la capacidad de un país de dar respuesta a las necesidades en salud de su población de manera oportuna a partir de, en lo posible, oferta local de tecnologías como medicamentos, dispositivos médicos, entre otras. Para cumplir lo anterior se requiere:

- Fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional.
- Generación de mecanismos de compra centralizada que permitan agregar la demanda
- Generación de redes de distribución que faciliten la distribución equitativa de los medicamentos e insumos.
- Promoción de acuerdos de transferencia de tecnologías útiles en la atención de vacunas, biológicos y enfermedades desatendidas.
- Ajuste de la regulación de propiedad intelectual en materia de medicamentos para facilitar el acceso a la población.
- Apuesta por la constitución de una empresa pública, una alianza entre la nación (Ministerio de Salud y Protección Social) y el Distrito Capital (Secretaría Distrital de Salud)

3.8. Desarrollo de Ciencia y Tecnología

El modelo de salud debe avanzar de la mano de la recuperación y ampliación de las capacidades de gestión, producción y difusión de conocimiento en salud lo cual incluye



en coordinación con el Ministerio de Ciencia y Tecnología fortalecer la política de investigación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud. Esto pasa por varias estrategias que incluyen la ampliación del presupuesto de investigación, la ampliación de la base presupuestaria de las universidades con porcentajes más altos dirigidos a la investigación, el apoyo e implementación de la ley del Instituto Nacional de Cancerología para que actúe como órgano asesor del sector en la política nacional de cáncer combinando investigación, docencia, servicio y salud pública. Debe ampliarse la base presupuestal del Instituto Nacional de Salud, reconfigurar el Instituto de evaluación de tecnologías-IETS para que sea una agencia poderosa de estudio del valor de los medicamentos y tecnologías en salud y proveer al Invima de una mayor capacidad en el desarrollo de los estudios clínicos.

3.9. Construcción Sistema Único de Información en Salud

Buena parte de los problemas del Sistema de Salud están relacionados con la ausencia de un sistema único de información en salud que tenga la capacidad de manera interoperable de integrar en tiempo real toda la información que se produce, circula y se difunde en el sector. Esta es una prioridad para mejorar el diseño e implementación de las políticas de salud, el manejo de los recursos, el conocimiento de la situación de salud y la gestión inteligente del sistema y el modelo de salud en el país en miras de procurar transparencia, eficiencia y mayor efectividad. Actualmente se avanza en el desarrollo de una propuesta para la construcción del sistema con apoyo de la cooperación internacional que establecerá los estándares y rutas técnicas, normativas y financieras y que en todo caso tomará en cuenta los desarrollos actuales presentes en el sistema en miras de su integración.

3.10. Territorialización Social, Gobernanza Democrática y Recuperación de la Gobernabilidad del Sistema De Salud

La adopción de un concepto de territorialización social requiere reconocer los problemas en el contexto social y político, es decir, llegar a los territorios sociales como espacios vivos donde se producen y se reproducen los determinantes sociales, lo cual permite la construcción de representaciones de las causalidades profundas y por lo tanto permite entrever la ruta para el posterior ejercicio de la transectorialidad.

La territorialización social, puede llegar a escala próximas como barrios o micro territorios sociales por las condiciones que los vinculan o la problematización desarrollada, y las oportunidades que se derivan de la misma comunidad, de los sectores o de las políticas públicas, así mismo permite atribuir un sentido de gobernabilidad y gobernanza democrática en la perspectiva de avanzar en los procesos de descentralización en departamentos y municipios, que garanticen proximidad y concreción de políticas públicas requeridas en los territorios.



La gobernanza democrática es un concepto nuevo que se relaciona con la estructuración de políticas públicas, busca explicar y aplicar en algunos escenarios las relaciones entre Estado y sociedad Civil.

La Comisión sobre Gobernanza Global, en su informe *Our Global Neighbourhood* (Neighbourhood, 1995) (11) define la gobernanza, en general, como la suma de las muchas formas en las que individuos e instituciones, públicas y privadas, gestionan sus asuntos comunes; como un proceso continuado a través del cual se pueden acomodar intereses conflictivos o simplemente diferentes y llevar a cabo una acción cooperativa. Ello incluye desde instituciones formales y regímenes con poder coercitivo, hasta acuerdos informales entre individuos e instituciones al servicio de sus propios intereses. Así, el citado informe de la Comisión sobre Gobernanza Global entiende la gobernanza, como coordinación de intereses de los diferentes agentes o actores a través de formas no jerárquicas, puede ser desde local a global.

La gobernanza democrática amplía las opciones y tiene por objeto autonomía de la personas y poblaciones en sus proyectos de vida, individuales y colectivos, lo cual requiere voluntad política de base. Cumplir los propósitos de la gobernanza democrática no depende únicamente de opciones técnicas, sino también, tal vez principalmente, de si las personas y poblaciones, principalmente aquellas excluidas socialmente, tienen poder político y voz para ejercer influencia en las decisiones políticas que les afectan.

La gobernabilidad puede fortalecerse en la medida en que acerca Estado y los gobiernos a las realidades territoriales y permite responder de forma transectorial a las cadenas causales afectando así los determinantes y sus exposiciones sociales. Si además se hace una apuesta fuerte en la gobernanza democrática, definiendo formas efectivas de participación y control de la sociedad, con potestades de decisión e incidencia ciudadana sobre prioridades y construcción de alternativas, su grado de gobernabilidad aumentaría sustantivamente, siempre y cuando alcance evitar las matrices de participación fragmentarias y dispersas.

La territorialización es central para la estructuración de la transectorialidad, propiciando el diseño de una institucionalidad totalmente cercana a la realidad y por lo tanto capaz de construir alternativas sociales en respuesta a la complejidad, generando gobernabilidad con gobernanza democrática entendida como una visión de conjunto de las múltiples dimensiones del problema y la capacidad de enfrentarlo con acciones articuladas estratégicamente, a diferentes niveles y escalas del territorios y las instituciones.

El modelo de Atención Promocional, Preventivo y Predictivo propicia acercamientos a la transectorialidad en ámbitos territoriales, y requiere de un modo de atención y de gestión transectoriales diferenciales según los contextos de cada territorio social, e implica una apuesta firme de superar la lógica sectorial vertical de lo nacional, departamental y municipal generando mecanismos de integración horizontal que



comparta conceptos, métodos, objetivos, recursos y operación en los territorios, que permita el fortalecimiento de la gestión territorial en lo departamental y municipal como oportunidad para materializar un abordaje integral de los grupos sociales.

La transectorialidad es la capacidad de ordenar la interacción de las disciplinas de conocimiento (transdisciplinariedad) alrededor de una realidad analizada desde la causalidad profunda. Puesta desde el enfoque de garantía de derechos con su tríada indisociable y recogiendo la experiencia vital de las personas afectadas. El requerimiento para el ejercicio pleno de un enfoque transectorial está en su orientación y capacidad en provocar cambios substantivos en los perfiles, condiciones y situaciones de inequidad para hacer converger conocimientos y acciones que se alimentan entre sí. En este modelo de atención, la transectorialidad se materializa como modelo de gestión intersectorial y social que pretende integrar el esfuerzo del conjunto de la sociedad para lograr respuestas que permitan el logro del bienestar y la garantía de derechos humanos interdependientes de forma integral; esto implica una comprensión concertada y sistémica de los problemas y situaciones, para consolidar un modo de atención de los diferentes sectores que permita concertar respuestas ajustadas a las necesidades, capacidades y aspiraciones de las personas, familias y comunidades, que afecten positivamente los determinantes sociales y ambientales, y un modo de gestión de los recursos que favorezca este tipo de abordajes.

Esta amplitud de respuestas requeridas extrapola lo que puede ofrecer uno u otro sector aisladamente. El objetivo mayor de la transectorialidad es generar el quiebre de las cadenas causales que en la sociedad producen los problemas de calidad de vida y social, buscando la producción social del bienestar.

3.11. Fortalecimiento del Ejercicio de la Inspección, Vigilancia y Control

Una de las funciones de la autoridad sanitaria es garantizar el cumplimiento de las obligaciones de todos los actores del sistema de salud. Esto pasa por fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud en una línea de descentralización para que los entes territoriales participen de dicho ejercicio de manera complementaria a sus labores de IVC en materia de salud pública, prestación de servicios y administración de los recursos públicos de la salud. La IVC debe avanzar en la articulación de la participación social a nivel territorial, incorporar plataformas y herramientas para garantizar transparencia en la información y en la interacción con la sociedad, así como estrechar el tiempo entre la detección de problemas y la intervención y la sanción cuando resulta necesaria.

3.12. Participación y movilización social

La participación social es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades. Las personas, familias y comunidades, como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas, tendrán posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida según



sus necesidades, aspiraciones y deseos, ganando el mayor dominio sobre los mecanismos que conducen a una calidad de vida, y a la defensa de sus derechos, tanto individual como colectivamente (Carmona-Moreno, 2006).

La perspectiva del derecho a la participación implica reconocer y articularse a los espacios propios de la comunidad, a los tiempos y dinámicas de estas como condición indispensable para el desarrollo de políticas, programas y proyectos garantes de derecho. Esto implica desarrollar una convocatoria a diversos actores: instituciones, procesos y prácticas organizativas, centros educativos, sector privado y la comunidad, en un marco en donde la participación social sea considerada piedra angular para el reconocimiento común de las necesidades, problemáticas y potencialidades de un territorio y las comunidades que en él convergen.

La perspectiva del derecho a la participación implica reconocer y articularse a los espacios propios de la comunidad, a los tiempos y dinámicas de estas como condición indispensable para el desarrollo de políticas, programas y proyectos garantes de derecho. Esto implica desarrollar una convocatoria a diversos actores: instituciones, procesos y prácticas organizativas, centros educativos, sector privado y la comunidad, en un marco en donde la participación social sea considerada piedra angular para el reconocimiento común de las necesidades, problemáticas y potencialidades de un territorio y las comunidades que en él convergen.

- A partir de las definiciones de la política de participación social en salud, resolución 2067 de 2017 se reconocen establece los desarrollos de este componente en este modelo de atención en:
- Fortalecimiento institucional para garantía de para la garantía del derecho a la participación lo anterior implica el fortalecimiento de capacidades institucionales para cumplir con su papel de garante se debe contar con los recursos técnico logísticos operativo y financieros humanos que fortalezcan las estructuras a nivel nacional, departamental, municipal y local
- Control social en salud y veedurías en salud en los barrios, veredas, localidad, municipios y departamentos.

El control ciudadano sobre los recursos públicos las políticas públicas las instituciones y los actores del sistema de salud es un elemento crucial para la garantía del derecho a la salud y para que la ciudadanía apropie de manera significativa la construcción social de la salud, Por ende, se requiere el fortalecimiento es pisito del control social y las veedurías ciudadanas en salud.

El control social es el derecho y deber que tiene todo ciudadano para prevenir, racionalizar, proponer, acompañar, sancionar, vigilar y controlar la gestión pública, sus resultados y la prestación de los servicios públicos suministrados por el Estado y los particulares, garantizando la gestión al servicio de la comunidad.



Las Veeduría Ciudadana: “Mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades, administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público” (Colombia C. d., 2003).

Todos los ciudadanos en forma plural o a través de organizaciones comunitarias, juveniles, de utilidad común, etc., podrán constituir veedurías ciudadanas, para lo cual procederán a elegir de una forma democrática a los veedores, elaborarán un documento o acta de constitución en la cual conste el nombre de los integrantes, documento de identidad, objeto de la vigilancia, nivel territorial, duración y lugar de residencia. La inscripción de este documento se realiza ante la Personería municipal, departamental o ante la Cámara de Comercio, quienes deben llevar registro público de las veedurías inscritas en su jurisdicción. Las veedurías ejercen vigilancia preventiva y posterior del proceso de gestión haciendo recomendaciones escritas y oportunas ante las entidades que ejecutan el programa, proyecto o contrato y ante los organismos de control del Estado para mejorar la eficiencia institucional y la actuación de los funcionarios públicos.

- Impulso a la cultura de la salud

La salud como construcción social se ubica en la esfera pública en forma simbólica y material, por ello el Estado debe fomentar el desarrollo de la propia acción de la salud en la Vida cotidiana y el ejercicio del cuidado colectivo y del autocuidado como elemento esencial para el cumplimiento del derecho a la salud.

- Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión de políticas públicas en salud.

Esta estrategia debe permitir que la ciudadanía apropie instrumentos de gestión del sector salud para el impulso implantación y control de políticas y programas y proyectos y servicio de salud. Este ejercicio pasa por la configuración de dispositivos y condiciones para el ejercicio la participación como la generación de proyectos incentivos y formas que potencien, de manera efectiva, Las capacidades de la ciudadanía.

Un proceso central en esta estrategia es la Planeación participativa: Proceso a través del cual los habitantes de un territorio (corregimiento, vereda, barrio, territorio, UPZ o localidad), construyen una visión estratégica compartida de futuro, a partir de la comprensión y definición de un enfoque de desarrollo y del diagnóstico del territorio, desde los cuales concertarán las prioridades a atender y las rutas de gestión para lograr la solución a las problemáticas identificadas. Los objetivos son: incentivar la participación de los habitantes en la planeación del desarrollo del territorio a través de procesos participativos y la coordinación de la ejecución de actividades entre los sujetos comunitarios y la administración pública o con entidades no gubernamentales.



4. Resumen ejecutivo de objetivos y primeros pasos por cada uno de los programas del modelo de salud preventivo y predictivo.

En esta sección se presenta un esbozo general de los programas que componen el modelo destacando el objetivo a alcanzar en la construcción del modelo y los primeros pasos que se vienen dando en los 100 días de gobierno.

1. Gobernabilidad y gobernanza a nivel nacional y territorial	
Objetivo	Primeros pasos
Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza en salud por parte del Estado a nivel nacional y territorial.	<ol style="list-style-type: none">1.Preparación de instrumentos normativas para facilitar agilidad y continuidad en el uso del SGP en salud.2.Coordinación con gobernadores y alcaldes para la construcción y desarrollo del modelo preventivo y predictivo.3.Fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud con actuaciones oportunas.
2. Equipos Médicos Interdisciplinarios Territoriales-EMIT	
Garantizar la oferta universal de servicios de promoción y prevención en salud en todo el territorio nacional.	<ol style="list-style-type: none">1.Conformación y puesta en marcha y/o ajuste de 953 equipos en 136 municipios y 19 departamentos para realización de acciones promocionales y preventivas. 69 Equipos en concertación en la Guajira.2.Modificación de resolución 518 para incorporar EMIT y mayor continuidad y agilidad en el uso de los recursos PIC.3.Proyección de resolución de modelo.4. Puesta en marcha del plan de Desaceleración de la Mortalidad materna5. Puesta en marcha del plan de acción de choque en salud mental.6. Construcción intersectorial de plan de choque en desnutrición infantil.
3. Redes Integrales e Integradas de servicios de salud-Hospital Público y CAPS	
Estructurar las redes integrales e integradas de servicios de salud en todo el país con eje central en la recuperación, modernización y sostenibilidad de los hospitales públicos que contarán con centros de atención primaria para acercar la oferta a los territorios y articulación de la oferta privada con una efectiva red de referencia y contrarreferencia.	<ol style="list-style-type: none">1.Impulso a la infraestructura pública de salud en todo el país. Presupuesto 2023 y Plan Nacional de Desarrollo. Incluye la construcción de CAPS2.Aumento en el subsidio a la oferta.3.Gestión para el pago de las deudas a los prestadores públicos y privados.4.Resolución para destinar 50 mil millones a hospitales públicos que avancen en el modelo preventivo y predictivo.5.Igualación de la UPC en el componente de PyP entre subsidiado y contributivo con direccionamiento a oferta y modelo preventivo y predictivo.6. Proyección de una UPC-2023 que financie modelo preventivo y predictivo.7. Aceleración de viabilización de proyectos de infraestructura y gestión de recursos.8. Preparación de resolución de ajuste de la 3100 para implementar un nuevo sistema de habilitación.
4. Trabajo en Salud Digno y Decente	
Avanzar en la garantía de que el trabajo en salud en el país	<ol style="list-style-type: none">1.Coordinación con Ministerio de Trabajo.



sea digno y decente para todas las profesiones y niveles.	2. Acompañamiento mesas regionales de diálogo y negociación con Prestadores y Trabajadores.
5. Cantidad y capacidades del personal en salud.	
Garantizar el personal necesario para la atención integral en salud en el nuevo modelo de salud.	1. Gestión para el aumento en la oferta educativa para el sector. 2. Gestión de mecanimos para una distribución más equitativa del personal en todo el territorio nacional. 3. Articulación para el ajuste en los procesos de formación que recupere capacidad resolutive en la base en todas las profesiones y niveles. 4. Recuperación del Promotor(a) de salud en Colombia. 5. Repotenciar y ampliar el Servicio Social Obligatorio en todas las áreas de la salud.
6. Sistema único de Información	
Garantizar la existencia de un sistema único de información en salud en el país.	1. Construcción de estrategia integral de construcción del sistema único de información con el apoyo de la cooperación internacional. 2. Construcción de estándares para la HC electrónica interoperable. 3. Armonización y articulación provisional de los sistemas de información del sector.
7. Soberanía Sanitaria	
Avanzar en el desarrollo autónomo de capacidades nacionales para la producción de medicamentos y tecnologías de calidad y precio	1. Estructuración de una nueva política farmacéutica. 2. Superación de desabastecimiento y escasez. 3. Mejoramiento de sistema de información.
8. Ciencia y Tecnología	
Recuperar y potenciar las capacidades nacionales y territoriales, así como su articulación con el sistema de salud.	1. Apoyo al proyecto de Ley del Cancerológico como Instituto de investigación, formación, asistencia y salud pública. 2. Articulación con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. 3. Articulación de los más importantes grupos de investigación e instituciones académicas al desarrollo del modelo y al fortalecimiento de la salud pública.
9. Participación y Movilización Social	
Garantizar el derecho fundamental a la participación vinculante en materia de salud	1. Reuniones con organizaciones y movimientos sociales en todo el país. 2. Diálogos con expertos/as 3. Apoyo a los encuentros regionales vinculantes para la construcción del Plan Nacional de Desarrollo.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Revista Internacional del Trabajo. Trabajo Decente. Concepto e indicadores. Rev Int del Trab [Internet]. 1990;1-6. Available from: <https://actua.pe/wp-content/uploads/2019/03/Trabajo-Digno.pdf>
2. Carlos Enrique YD. La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. Iatreia [Internet]. 2005;18(2):1-10. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932005000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=es



3. Ministerio de Salud Brasil. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Minist Salud Bras [Internet]. 2007;37(8):319–21. Available from: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerc_a_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf
4. Hernández E. Formación de recursos humanos en atención primaria en salud (APS) y determinantes sociales en salud (DSS). Form Recur humanos en salud desde la comunidad [Internet]. 2017; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/formacion-rrhh-sobre-aps.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 2: La formación en Medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. La Renov la Atención Primaria Salud en las Am [Internet]. 2008;71. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31318?show=full%0Ahttp://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf>

BORRADOR NO DIFUSIONAR