

Serie
TOMÁNDOSE
LA SALUD
PÚBLICA
EN SERIO

Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia

Alexánder Gómez R. ■ Juan Carlos Eslava C. ■ Sandra Camacho R.



Aportes al mejoramiento
de la gestión de la salud pública
en Colombia



Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia

Alexánder Gómez R.
Juan Carlos Eslava C.
Sandra Camacho R.

—Serie—
TOMÁNDOSE
LA SALUD
PÚBLICA
EN SERIO



Una publicación de la Asociación Colombiana
de Empresas de Medicina Integral (Acemi)

Jaime Arias Ramírez

Presidente ejecutivo

**Aportes al mejoramiento de la gestión
de la salud pública en Colombia**

ISBN: 978-958-57558-0-2

Autores: Alexander Gómez Rivadeneira,
Juan Carlos Eslava Castañeda
y Sandra Camacho Rojas

Primera edición: agosto de 2012

© Asociación Colombiana de Empresas de Medicina
Integral (Acemi)
Calle 106 N.º 19-75
E-mail: info@acemi.org.co
www.acemi.org.co

Gómez Rivadeneira, Alexander

Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia/ Alexander
Gómez R., Juan Carlos Eslava C., Sandra Camacho R. ; editora Ángela Hernández
Toledo. -- Bogotá : Acemi, 2012. -- (Tomándose la salud pública en serio)
186 páginas ; 24 cm.

ISBN: 978-958-57558-0-2

1. Salud pública – Administración – Colombia 2. Medicina socializada
– Colombia 3. Medicina preventiva - Colombia 4. Política de salud – Colombia 5.
Promoción de la salud – Colombia I. Eslava Castañeda, Juan Carlos II. Camacho
Rojas, Sandra III. Hernández Toledo, Ángela, editora IV. Asociación
Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi)

362.109861 o 614.09861 –dc23

PTBUC/RVP

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Edición

Ángela Hernández Toledo

Coordinación editorial

Edna Rocío Rivera Penagos

Diseño y corrección

Acemi

Impresión

Editorial Kimpres Ltda.

Impreso en Colombia – *Printed in Colombia*

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por sistemas de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de los editores.

Los argumentos y opiniones expuestos en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor, y reflejan su pensamiento y no necesariamente el de Acemi.

Contenido

Presentación.....	11
Capítulo 1. Elementos conceptuales para orientar el trabajo sanitario: descifrando la promoción y la prevención	19
Introducción.....	21
1.1 La concepción de salud y de enfermedad.....	21
1.1.1 ¿De qué depende que las personas se enfermen?	21
1.1.2 ¿Estar sano es no estar enfermo?	23
1.1.3 ¿De qué se habla cuando se alude a los determinantes de la salud?	23
1.1.4 ¿Es lo mismo determinantes de la salud que factores de riesgo?.....	28
1.1.5 ¿Qué se entiende por promoción de la salud?	29
1.1.6 ¿Es lo mismo promoción que prevención?.....	30
1.1.7 ¿Cuáles debates vale la pena tener presentes?	33
1.2 Intervenciones para mejorar la salud.....	34
1.2.1 ¿Qué se puede hacer para evitar que las personas se enfermen?	34
1.2.2 Niveles preventivos en acción	41
1.2.3 Asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos	44
1.2.4 Elementos de la gestión del riesgo en salud	46
1.2.5 ¿Qué se puede hacer para mantener a las personas sanas?...	48
1.2.6 Las estrategias e intervenciones de la promoción de la salud.....	49
1.2.7 ¿Hasta dónde debe llegar el sector sanitario?.....	53
Capítulo 2. Marco legal de la promoción y la prevención en Colombia	57
2.1 ¿Cómo son entendidas la salud, sus determinantes y las acciones para intervenirla en el debate académico internacional?	59
2.2 ¿Cómo son entendidas la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS?	62
2.2.1 Sistema de Salud Colombiano: evolución, estructura y funcionamiento	63

2.2.2	Aproximaciones a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad en el SGSSS.....	77
2.3	¿Cuáles son los aportes y las responsabilidades en el SGSSS para promover la salud y prevenir la enfermedad?.....	82
2.3.1	Aportes para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	82
2.3.2	Responsabilidades en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	86
2.4	Epílogo. Mirar hacia el futuro	97
2.5	Conclusiones	98
Capítulo 3. Avances y retos de la salud pública colombiana		105
Introducción.....		107
3.1	Avatares de la salud pública colombiana: avances y retos	107
3.2	El esquema utilizado	109
3.2.1	Primer momento: 1975-1990	110
3.2.2	Segundo momento: 1991-2007	114
3.2.3	Tercer momento: 2007-2011.....	117
3.3	Algunas experiencias exitosas en las EPS: avances y retos particulares	121
3.3.1	El programa de vacunación de la EPS Sanitas	123
3.3.2	El programa de tamizaje de tuberculosis de la EPS Compensar	124
3.3.3	El programa AIEPI de la EPS Cafesalud.....	128
3.3.4	La política para la reducción de la muerte materna y perinatal de la EPS Saludcoop.....	128
3.3.5	Algunas lecciones aprendidas	131
3.4	Reflexiones finales	133

Capítulo 4. Propuestas para mejorar la gestión sanitaria.....	137
4.1 ¿Qué retos tienen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS?	139
4.1.1 Intersectorialidad: avances y retos.....	139
4.1.2 Sector salud: avances y retos.....	141
4.1.3 Participación y corresponsabilidad: avances y retos	147
4.1.4 Lecciones aprendidas.....	149
4.2 Descripción de las propuestas.....	150
4.2.2 Propuestas sectoriales.....	153
4.3 Conclusiones	164
Referencias bibliográficas.....	167
Anexos.....	176
Anexo 1. Siglas	178
Anexo 2. Normativa sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS	180
Anexo 3. Competencias de las entidades territoriales	184



Presentación

Lograr que la población de un país alcance un nivel de salud satisfactorio constituye un reto permanente no sólo porque las expectativas sociales frente a la salud y al bienestar cambian con el tiempo, sino porque los cambios sociales y culturales, entre los cuales se encuentran las transformaciones económicas y los avances tecnológicos, generan nuevos riesgos para la salud que alteran los logros alcanzados y exponen a la sociedad a situaciones desconocidas. Esto permite afirmar que existe una permanente tensión entre lo conseguido y lo que aún queda por resolver.

En Colombia se ha avanzado de manera evidente en lo relacionado con la salud pública; entre otros aspectos, resulta oportuno señalar que actualmente la esperanza de vida al nacer es mayor que hace treinta años, la mortalidad infantil y la mortalidad materna son menores, la disponibilidad de servicios asistenciales ha mejorado en todo el territorio nacional y las herramientas analíticas para el diagnóstico en salud y para la implementación de políticas y programas sanitarios han tenido un desarrollo importante. Sin embargo, también es cierto que aún subsisten importantes problemas sanitarios, notorias asimetrías en las condiciones de vida de la población y significativas dificultades en la organización y en el financiamiento del sector sanitario.

De igual manera, cabe señalar que la acción salubrista cada vez se ha hecho más compleja y no siempre resulta fácil, tanto para los profesionales de la salud como para el ciudadano común, clarificar los avances conseguidos y los retos que en materia de salud pública se han generado. Por tal razón, se elaboró el presente documento, bajo el apoyo financiero de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI). A partir de la identificación de retos y posibilidades en salud pública, en el país, se han elaborado algunas propuestas técnicas y operativas para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La mayor parte del trabajo se realizó en el 2010 y, por lo tanto, expone la situación antes de la Ley 1438. No obstante, al final del capítulo 2 y en el capítulo 4 se presentan algunas consideraciones en relación con el nuevo contexto normativo y con los escenarios apropiados para enfrentar varios de los retos que se exponen en el presente documento.

En cuanto a la estructuración del documento, se proponen cuatro capítulos independientes cuyos principales resultados sintetizamos a continuación.

Elementos conceptuales para orientar el trabajo sanitario: descifrando la promoción y la prevención

En este capítulo se intenta precisar el estado actual de conocimiento acerca de cómo las personas viven, se enferman y mueren en la sociedad globalizada de comienzos del siglo XXI. Para tal efecto, se plantean dos secciones: en la primera, se exponen algunos elementos conceptuales para entender la manera como actualmente se abordan los conceptos de enfermedad y la salud; en la segunda, se analizan las modalidades de intervención sanitaria.

Al respecto, cabe destacar, por un lado, la importancia que hoy adquiere la noción de “determinantes sociales de la salud” que, en términos generales, alude a las condiciones en que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece; entre estas condiciones se encuentran las laborales, las ambientales (o del entorno), las políticas y, como aspecto de interés, aquellas propiciadas por los sistemas de salud. Por otro lado, es necesario tener claridad sobre la diferencia entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad; aunque, a menudo, son nociones usadas como sinónimos, en sentido estricto aluden a acciones con objetivos un tanto distintos: la acción preventiva tiene como eje la enfermedad (o los factores de riesgo asociados), mientras que la acción promocional tiene como eje la salud en positivo: el bienestar biopsicosocial y la vida digna, comprometida con el logro de las potencialidades y aspiraciones del ser humano.

Marco legal de la promoción y de la prevención en Colombia

La normativa relacionada con el funcionamiento de la promoción de la salud y con la prevención de la enfermedad en el sistema de salud colombiano está compuesta por 8 leyes, 19 decretos, 3 acuerdos y 10 resoluciones, además de algunas circulares. Al analizar este cuerpo nor-

mativo, se observan dos formas diferentes de entender la relación entre promoción y prevención. Mientras que una de ellas las considera etapas consecutivas, la otra las entiende como procesos distintos e independientes. Esto genera algunos problemas de coherencia en la legislación colombiana y limita las posibilidades de articulación entre los actores responsables de una y otra.

Si bien se analizan los documentos normativos anteriores al año 2010, al final del documento se plantean algunas consideraciones generales acerca de las implicaciones de la Ley 1438, de enero de 2011, sobre el funcionamiento de la promoción y de la prevención.

Avances y retos de la salud pública colombiana

En este capítulo se pretende identificar, de manera puntual, cuáles han sido los avances y retos que ha tenido la salud pública nacional, a partir de un esquemático recuento de lo que ha ocurrido en la labor salubrista en el país durante los últimos 35 años. En lo que se refiere a la periodización asumida, vale decir que se dividió el análisis en tres períodos, a saber:

- 1975-1990, que corresponde a la vigencia del Sistema Nacional de Salud.
- 1991-2007, etapa de descentralización en salud y vigencia de la Ley 100.
- 2007-2010, momento de ajustes a la Ley 100 y vigencia del Plan Nacional de Salud Pública.

La información recopilada se organizó en una matriz integrada por cinco áreas de acción sanitaria (promoción, prevención, recuperación, vigilancia y gestión) y tres esferas de acción social (intersectorial, sectorial y participación comunitaria).

Como una manera de relevar algunos de los avances identificados en el último período, se presentan algunas experiencias consideradas exitosas por las propias EPS, en lo referente a la prevención de la mortalidad materna y de la tuberculosis, la organización del programa de vacunación y la implementación de la estrategia AIEPI.

A su vez, entre los principales retos actuales se señalan los siguientes:


- Asumir, cada vez más firmemente, las perspectivas del derecho a la salud y de la equidad sanitaria.
- Fortalecer el trabajo intersectorial.
- Articular instituciones.
- Desarrollar herramientas de planeación y seguimiento de las acciones, así como de comunicación, análisis de información, toma de decisiones, seguimiento de recursos y evaluación de la suficiencia de los mismos.
- Garantizar la suficiencia y adecuación de recursos que permitan el desarrollo de las funciones asignadas.

Propuestas para una mejor gestión sanitaria

En este capítulo, se describen de forma más detallada los retos actuales, al tiempo que se formulan propuestas para enfrentarlos según el esquema expuesto (áreas de acción sanitaria y esferas de acción social).

Capítulo 1





**Elementos conceptuales
para orientar el trabajo
sanitario: descifrando la
promoción y la prevención**

Introducción

En la actualidad, los temas sanitarios se han convertido en una preocupación constante y cotidiana, bien sea por la desazón frente a la organización y financiación de los servicios asistenciales, por la angustia ante las problemáticas ambientales, por inquietudes más íntimas frente a la enfermedad personal o frente a la intervención estética del cuerpo, etc. Además de que este tema se constituye en centro de interés personal, su registro minucioso en los medios de comunicación aumenta su importancia social.

Este interés ha estado acompañado de una producción científico-técnica creciente y diversa, pues los temas sanitarios forman parte de las imbricadas dinámicas de sociedades cada vez más complejas, que intentan ordenarse racionalmente y solucionar sus problemas desde patrones de acción técnicos y profesionalizados.

En el contexto de la sobreproducción de información, ya inmanejable de modo individual para cualquier persona, y de un enmarañado campo de discusión cada día más intrincado, vale la pena hacer un esfuerzo por aclarar, siquiera provisionalmente, el estado del conocimiento sobre la manera como las personas viven, se enferman y mueren en esta sociedad globalizada de comienzos del siglo XXI. El presente capítulo es un intento de síntesis al respecto.

Para tal fin, se expondrán algunos elementos conceptuales para entender la percepción actual de la salud, de la enfermedad y de la intervención sanitaria. Cada apartado del presente capítulo se ordenará a partir de unas preguntas centrales.

1.1 La concepción de salud y de enfermedad

1.1.1 ¿De qué depende que las personas se enfermen?

La respuesta típica, y coloquial, a esta pregunta tal vez sea la siguiente: de varios factores. Si la pretensión es buscar mayores elementos de claridad y precisión, la respuesta incluirá una descripción más detallada del tipo de factores que entran en juego; esto es, aquellos propios del individuo (biológicos, psicológicos o sociocomportamentales) y los del entorno (clima, región, condiciones habitacionales, etc.).

Si bien estas respuestas son ciertas, resultan insuficientes. Por esto, es necesario complementarlas con otros elementos que han venido aportando diversos campos de conocimiento, en particular la epidemiología social, la sociología y la antropología médica, la psicología de la salud y la genética de poblaciones. Entre los elementos que cada vez adquieren mayor relevancia se encuentran: los factores socioeconómicos, en términos no sólo de ingreso, sino también de estatus laboral; las condiciones asociadas al desarrollo biopsicosocial de los primeros años de existencia; la susceptibilidad diferencial entre los individuos, y las consecuencias de los ajustes adaptativos propios de la selección natural (Evans et al, 1996; Wilkinson & Marmot, 2003). De igual manera, conviene tener en cuenta los entornos culturales, los patrones de discriminación social, las redes sociales y las directrices de política social (Berkman & Kawachi, 2000).

Pero si se trata de ofrecer una respuesta sintética, y no un listado cada vez más desagregado de elementos que se deben tener en cuenta, se podría afirmar que la enfermedad de las poblaciones y de las personas depende de su historia (tanto evolutiva como sociocultural), de sus interacciones (con el entorno y con las otras personas) y de sus comportamientos.

Pensemos, por ejemplo, en una persona que sufre un infarto de miocardio; este evento estará asociado, con seguridad, al consumo de grasas saturadas, al escaso ejercicio físico, a alguna combinación de genes que la predisponen a la arteriosclerosis y también a su posición en la escala laboral de su empresa (o de cualquiera que sea su espacio de trabajo) que hace que esté sometida a constante estrés. Para dar una panorámica más completa del asunto, será necesario reconocer otros dos aspectos: por un lado, su vida en un tipo de sociedad moderna e industrial, con patrones de interacción urbana y de alta competitividad que generan estrés laboral y, por otro lado, el hecho de que el entorno de esa sociedad industrializada y opulenta —aunque sin equidad— produce presión en el diseño evolutivo de un cuerpo que fue diseñado, durante millones de años, para vivir en pequeños grupos de cazadores y recolectores en las llanuras africanas (Nesse & Williams, 2000; Campillo, 2004).

De tal manera que las personas no se enferman de lo que quieren, sino de lo que pueden, y ese rango de posibilidad está constreñido por

la determinación que les impone su doble condición de sujetos biológicos y sociohistóricos.

1.1.2 ¿Estar sano es no estar enfermo?

Años atrás, esta pregunta se contestaba sin mayor dificultad y generaba poca discusión. Sin embargo, a partir del acuerdo internacional que propició la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la definición de sus derroteros, la situación cambió de manera importante, en particular por la nueva forma de entender la salud ligada al bienestar biopsicosocial y no entendida sólo como “la ausencia de enfermedad”.

Posteriormente, la discusión tomó mayor intensidad; por un lado, la noción de enfermedad se afianzaba desde los patrones de conocimiento médico-científico; por otro lado, la idea de salud como algo más allá de la enfermedad iba adquiriendo más fuerza y desarrollo.

En la actualidad, si bien la noción de salud aún presenta ambigüedad, rebasa la noción de la ausencia de enfermedad. En ese sentido, estar sano es algo más (o diferente) que no estar enfermo. Para efectos prácticos, cabe imaginar la siguiente situación: el hecho de que una persona no tenga un diagnóstico clínico constituido después de un adecuado análisis médico (lo cual, a los ojos de la medicina, correspondería a no tener una enfermedad) no la hace, de inmediato, una persona que esté viviendo con bienestar y con equilibrio —así sea inestable— en cada una de las dimensiones de su vida. De tal manera que estar sano no es sólo ser reconocido técnicamente como una persona no enferma, sino que requiere que la persona sienta —y que otros así lo perciban— que está ejecutando un proceso vital satisfactorio donde puede desplegar sus potencialidades.

1.1.3 ¿De qué se habla cuando se alude a los determinantes de la salud?

El tema de los determinantes de la salud, en especial de los determinantes sociales de la salud, no es algo nuevo; de hecho, tiene una amplísima trayectoria. Sin embargo, el tema adquirió notoriedad con el trabajo que

a comienzos del presente siglo adelantó una comisión especial creada por la OMS con el propósito de “*recabar pruebas fehacientes sobre posibles medidas e intervenciones que permitan fomentar la equidad sanitaria y promover un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo*” (OMS-CDSS, 2008, p. 1). El marco teórico de este trabajo recurrió, de manera explícita, a la noción de determinantes sociales de la salud, y esta terminó identificando a la comisión, que vino a llamarse “*Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud*”.

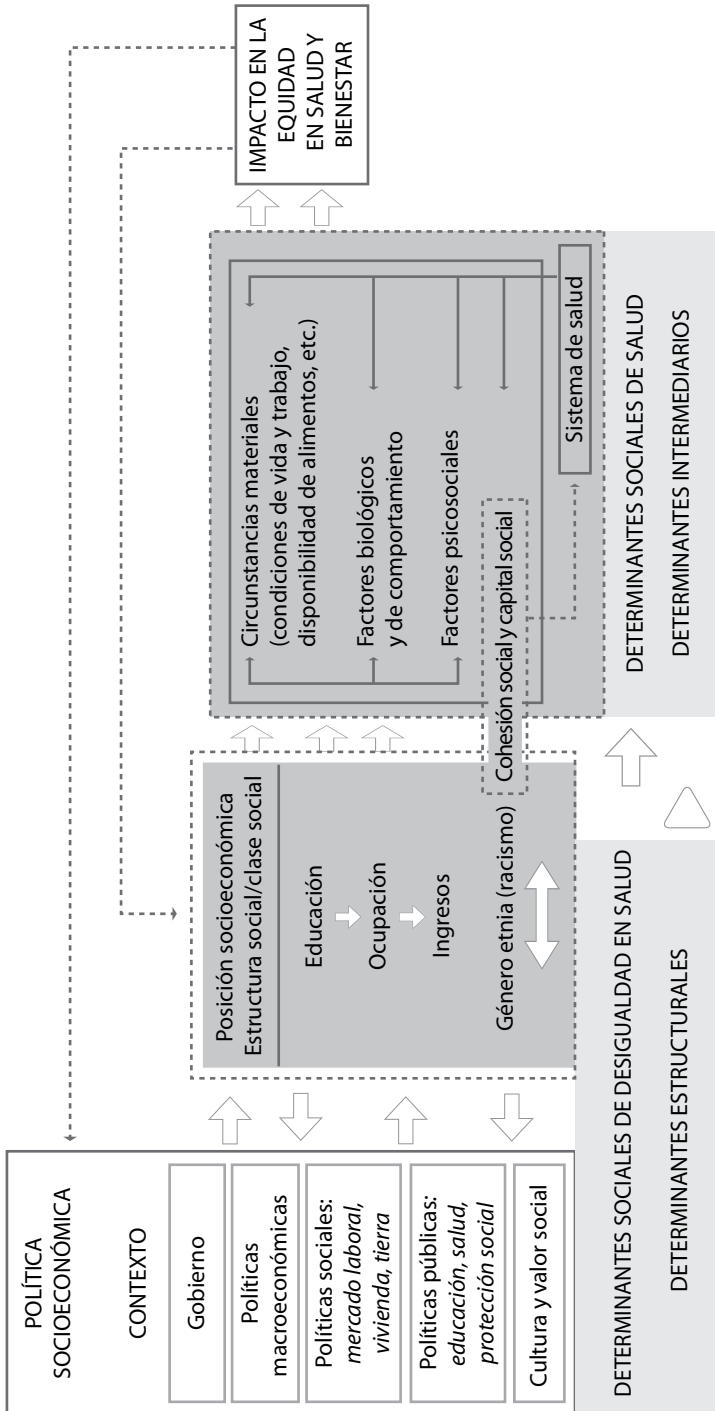
En términos generales, los determinantes de la salud pueden ser asumidos como las condiciones de vida (biológicas y sociales) que actúan y se relacionan en niveles diferentes y que afectan la forma como viven, se enferman y mueren las personas. En este sentido, aplican tanto para la salud como para la enfermedad. No obstante, y siguiendo la tradición propia del sector salud —y de los profesionales del sector—, conviene señalar que el uso que allí se ha hecho de la noción de salud termina privilegiando el sentido de ausencia de enfermedad.

Acerca de los determinantes sociales, la idea que ha orientado a la OMS ha sido que estos se refirieren a las condiciones en que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece; entre estas condiciones se cuentan las laborales, del entorno, de política y, como aspecto de interés, los sistemas de salud. Con todo, es importante tener presente que la noción de determinantes implica la idea de niveles. En este sentido, se estableció una categorización donde se estipulan los “determinantes estructurales” (aspectos de posición socioeconómica, estructura social y clase social) y los “determinantes intermediarios” (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, comportamientos y factores biológicos y psicosociales).

El modelo presentado en la figura 1 ilustra la forma como los miembros de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud entienden el ordenamiento y jerarquización de los componentes que entran en juego en la interacción de determinantes.

También existen otros modelos que exponen los niveles de organización de los determinantes, como el de Dalhgren y Whiteheat (figura 2), referenciado en uno de los documentos preliminares de la Comisión

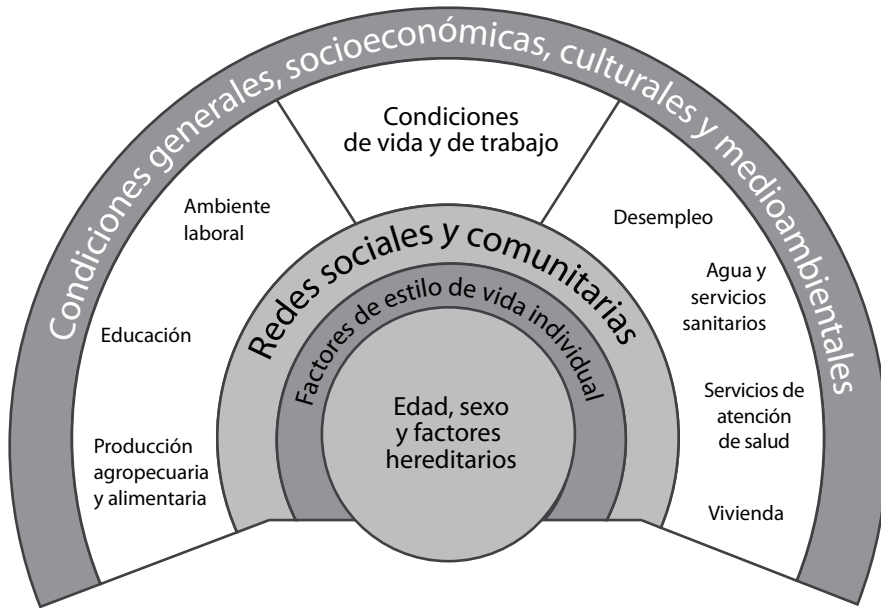
Figura 1. Una visión de la equidad en salud



Fuente: EQH/EIP, 2006

(OMS-CDSS, 2005). Este modelo, bastante esquemático, ha sido usado de manera amplia para realzar los aspectos que se deben tener en cuenta.

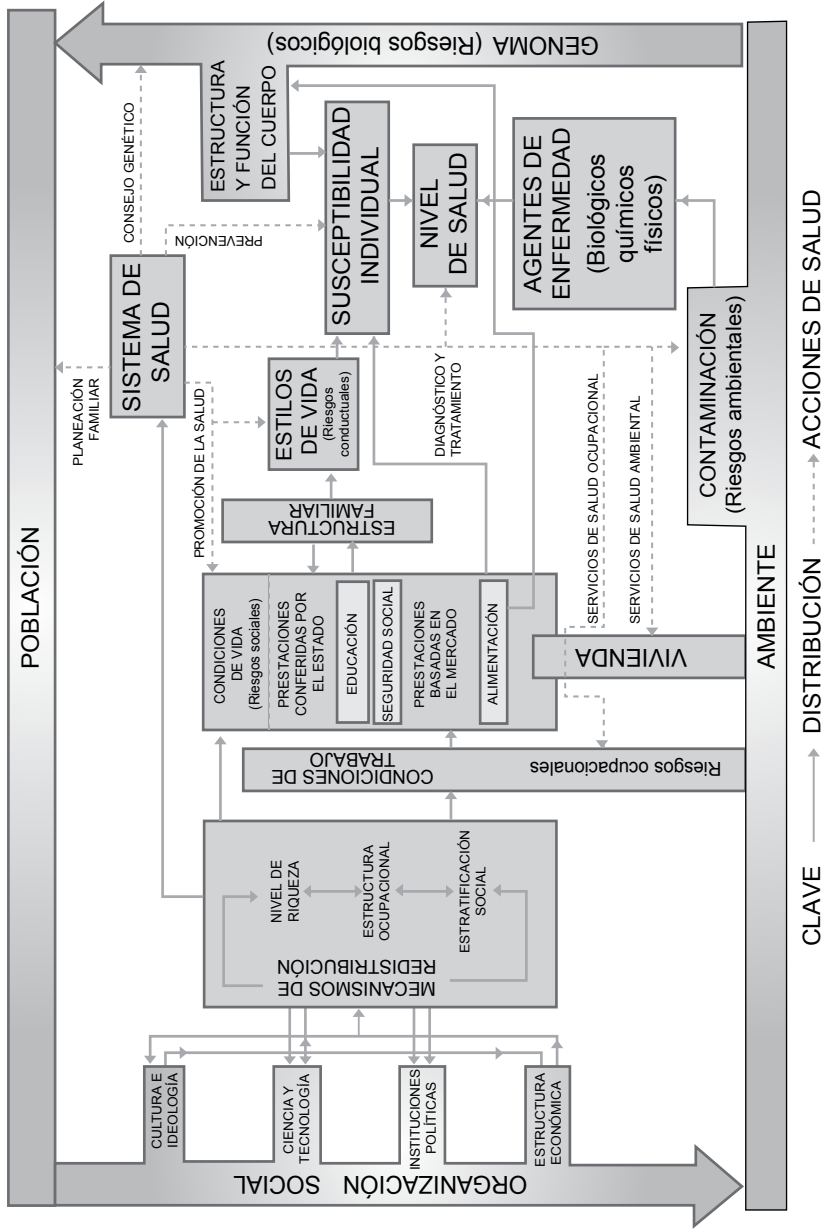
Figura 2. Determinantes de la salud



Fuente: Dalhgren y Whiteheat, 2005.

Otro modelo, más integral y explicativo que los anteriores, es el elaborado por un grupo mexicano encabezado por J. Frenk (Frenk et al, 1991); entre otras cosas, muestra dos elementos clave para entender la importancia y el alcance de la reflexión de los determinantes de la salud. Por un lado, que la determinación de la salud parte de la relación entre la población y su entorno ambiental, y que esta relación está ligada por dos puentes fundamentales: la organización social y la dinámica genética. Por otro lado, que el sistema de salud juega un papel importante pero circunscrito y, en todo caso, queda inmerso en relaciones más estructurales de la sociedad (figura 3).

Figura 3. Modelo de determinantes de la salud, según Frenk y colaboradores



Fuente: J. Frenk, 1991.

1.1.4 ¿Es lo mismo determinantes de la salud que factores de riesgo?

Esta pregunta surge, en gran medida, con la emergencia de la noción de determinantes de la salud y en un contexto donde la perspectiva epidemiológica de los factores de riesgo es ampliamente usada. Aunque la pregunta no siempre se hace de manera explícita, en general suele aparecer de manera sutil en los debates. Al respecto, conviene decir que estos dos conceptos se han usado como sinónimos, aunque, en propiedad, tienen un alcance distinto y se insertan en perspectivas diferentes. Sin embargo, el modo en que se ha usado últimamente la noción de determinante ha posibilitado el acercamiento semántico entre ellos.

La noción de factor de riesgo surge de la disciplina epidemiológica, que ha estado anclada a la tradición filosófica positivista y cuyo interés por la definición de relaciones causales ha sido permanente y expreso. Sin embargo, al tener patrones de causalidad explícitos y rígidos —por lo menos a partir de los principios formulados por Bradford Hill—, la noción de factor de riesgo termina representando sólo una relación de asociación consistente, y que se define como el atributo de un grupo que presenta mayor incidencia de una patología en comparación con otros grupos poblacionales donde ese atributo no se presenta o lo hace con baja frecuencia (los manuales de epidemiología suelen señalar que un factor de riesgo es un rasgo o característica positivamente asociado con el riesgo de desarrollo de una enfermedad).

Por su parte, la noción de “determinante” surge más bien en los saberes filosóficos y de las ciencias sociales, en tradiciones que cuestionan la perspectiva positivista y que buscan alternativas a la noción de causa, pues la conciben como demasiado lineal y rígida. En este sentido, el determinante implica la noción de determinación como un proceso complejo de interacción por medio del cual los objetos de la realidad adquieren sus propiedades.

En la práctica, y a pesar del uso indistinto que a veces se hace de estas nociones, se evidencian dos diferencias importantes: los determinantes adquieren un sentido más general al no asociarse solamente con la idea de riesgo, y manifiestan de manera más expresa la idea de

afectación por niveles. Con esto, la noción de determinante rebasa la idea de factor de riesgo, pues se trata de condiciones que propician formas de vida (y no solo de enfermedad y muerte) y de una jerarquización más explícita de elementos en una estructura que podríamos llamar de causalidad compleja.

1.1.5 ¿Qué se entiende por promoción de la salud?

A pesar de que el tema de la promoción de la salud se ha vuelto común, al intentar conceptualizar y precisar su significado aparecen las primeras dificultades. La definición más usada, con todo, es aquella consignada en 1986 en la declaración oficial de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, conocida ampliamente como Carta de Ottawa. Allí se señala que la promoción de la salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Con lo cual, la promoción de la salud se define como una acción especial orientada a mejorar la salud.

En un intento para darle un alcance más operativo a la promoción de la salud, en 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la concibió como “la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”.

Por su parte, en 1994, el reconocido salubrista canadiense Trevor Hancock incluyó en la definición la importancia de la acción política, al señalar que “la promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre salud, política y poder” (citado en Restrepo & Málaga, 2001, p. 29).

Tomando en cuenta estos avances en su conceptualización, se puede afirmar que la promoción de la salud es tanto un referente novedoso para la labor sanitaria como una dimensión específica del accionar sanitario; además, esta se concreta en un conjunto de acciones que trasciende el llamado sector de la salud y se orienta a mantener la condición saludable de las personas, mejorar sus condiciones de vida y proporcionarles los medios para que se apropien de su vida y de su salud.

Como referente novedoso, la promoción de la salud se entiende como una orientación privilegiada de política sanitaria en el ámbito internacional, que busca intervenir sobre los entornos y modificar los estilos de vida; con ello, pretende posibilitar que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir por la población. Como dimensión alterna y complementaria, la promoción de la salud toma como eje la salud en sentido positivo –y no la enfermedad– y tiene por objeto mantener y mejorar las condiciones de salud y garantizar las condiciones de bienestar a los individuos y a las poblaciones (Eslava, 2002).

Ahora bien, para desplegar su labor, la promoción de la salud mantiene cinco grandes líneas de acción, si bien cada una de ellas también podría utilizarse para ordenar la labor preventiva: elaboración de política pública saludable, construcción de entornos saludables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales indispensables para la buena vida y reorientación de los servicios sanitarios. El análisis de estas líneas bien podría determinar la creación de una nueva institucionalidad para el desarrollo de la promoción de la salud (Colomer & Álvarez-Dardet, 2001).

1.1.6 ¿Es lo mismo promoción que prevención?

Aunque hoy la respuesta debe ser un sencillo **NO**, existe cierta confusión que es necesario aclarar. Por tradición, en el ámbito sanitario, la promoción de la salud ha sido concebida como parte de la prevención, toda vez que el modelo que sirvió de base a la medicina preventiva (formulado en los años 50 del siglo XX y ampliamente difundido desde los años 60 en Latinoamérica) incluyó la promoción de la salud como parte de la llamada prevención primaria.

En la tabla 1, traducida y ajustada a partir de la obra *Preventive Medicine for the Doctor in this Community* (editada por Hugh Rodman Leavell y E. Gurney Clark), se explica la anterior afirmación:

Como se observa, la promoción de la salud aparece ubicada, de manera expresa, en la casilla correspondiente a la prevención primaria, pues se asumía que estaba muy ligada a la educación sanitaria, donde estaba su labor más fuerte, y se concretaba en otras acciones que, si bien

Tabla 1. Modelo de historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark

Período prepatogénico		Período patogénico		
Promoción de la Salud	Protección específica	Dx temprano y tratamiento precoz	Limitar la incapacidad	Rehabilitación
Educación en salud	Vacunas.	Tamizajes individuales y en masa.	Tratamiento adecuado para contrarrestar el proceso de la enfermedad y para prevenir complicaciones y secuelas posteriores.	Reentrenamiento y educación para maximizar capacidades remanentes.
Buena nutrición ajustada al momento en el ciclo vital	Atención en higiene personal.	Encuestas de tamizaje.		
Atención al desarrollo de la personalidad	Uso del saneamiento ambiental.	Exámenes selectivos.	Proveer facilidades para limitar la discapacidad y prevenir la muerte.	Mediante: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional. • Empleo. • Comunidades de resguardo.
Provisión de vivienda, recreación y condiciones de trabajo adecuadas	Protección contra riesgos ocupacionales, accidentes, carcinógenos y alérgicos.	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Curar y prevenir enfermedades. 		
Consejo marital y educación sexual		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir contagio, complicaciones y secuelas. 		
Genética	Nutrientes específicos.			
Exámenes médicos periódicos		<ul style="list-style-type: none"> • Acortar la incapacidad. 		
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Niveles de aplicación de medidas preventivas				

Fuente: Leavell y Clark.

no estaban dirigidas a la prevención de ninguna enfermedad especial, servían para prevenirlas a todas en conjunto.

Pero justamente, a partir de los años 80 del siglo pasado, el esfuerzo de la promoción de la salud ha estado enfocado en salir de esa casilla y tomar un lugar propio, aparte y complementario de la labor preventiva. De esta manera, se han podido establecer diferencias importantes en relación con la prevención.

A partir de lo expuesto por Restrepo y Málaga (2001, pp. 35-36), en la tabla 2 se sintetizan los planteamientos considerados como las grandes diferencias.

Tabla 2. Diferencias entre promoción y prevención

Características	Prevención	Promoción
Objetivos	Reducir los factores de riesgo y las enfermedades.	Actuar sobre determinantes de la salud.
Población	Personas y grupos en riesgo.	Población en general
Modelos	Propios de la medicina preventiva.	Sociopolíticos, ecológicos y socioculturales.
Interventores	Profesionales sanitarios.	Políticos y comunitarios.
Estrategias	Programas masivos de detección, IEC	IEC, mercadeo social, empoderamiento, participación comunitaria.

Fuente: Restrepo y Málaga, 2001.

A pesar de que las diferencias consignadas en la tabla 2 ayudan a entender la manera como se ha venido construyendo la especificidad de la promoción de la salud, es preciso resaltar el primero de estos aspectos, pues este realmente establece la diferencia esencial entre promoción de la salud y prevención. Las otras diferencias pueden ser consideradas accidentales más que esenciales, aunque sin duda son importantes.

Para decirlo de manera directa, lo que en esencia diferencia la promoción de la salud de la prevención es el hecho de que la acción preventiva tiene como eje la enfermedad (o los factores de riesgo aso-

ciados a esta), mientras que la acción promocional tiene como eje la salud en positivo, asumida como sinónimo de bienestar biopsicosocial o de cualquier otra manera que realce su compromiso con el logro de las potencialidades y aspiraciones del ser humano (Franco et al, 1995; Eslava, 1998, 2002).

Para ejemplificar lo anterior, podemos decir que si se quiere organizar una labor sanitaria en el campo de la salud sexual y reproductiva, y para tal fin se establece como problemas a atacar el embarazo adolescente y la infección por VIH, es claro que la acción se tornará esencialmente preventiva, pues se trata de evitar la ocurrencia de dos hechos: la infección ligada a una enfermedad específica (VIH-SIDA) y el embarazo asumido como problema social (análogo a una enfermedad) y como factor de riesgo de otros problemas (psicológicos para la futura madre y físicos para el futuro hijo). Siguiendo con este mismo ejemplo, ¿qué podría constituir una labor de promoción de la salud? Sin duda, una acción que no se oriente a evitar alguna enfermedad, lesión, discapacidad o factor de riesgo, sino a crear programas orientados a hacer de la sexualidad una experiencia más gozosa y placentera.

Pensemos ahora en el campo de la salud mental. Si se quiere enfrentar el problema de la depresión o del abuso de sustancias psicoactivas, la labor que se deberá emprender se torna, fundamentalmente, una labor preventiva. Pero si se pretende que las personas alcancen la suficiente confianza para llevar a cabo sus sueños o lograr una autopercepción positiva que les haga su vida social más agradable, esto se ubica en la dimensión de la promoción de la salud.

1.1.7 ¿Cuáles debates vale la pena tener presentes?

A pesar del conocimiento acumulado sobre estos temas, aún no hay acuerdo y claridad en relación con los conceptos que aquí se han estado analizando. De hecho, cabe señalar que el escenario de discusión está abierto, y que varias son las posiciones en juego al momento de definir derroteros y construir propuestas concretas.

En términos generales, muchos de los debates actuales que vale la pena tener presente aluden a:

1. La determinación social de la enfermedad y a las mediaciones existentes entre los niveles de determinación.
2. La especificidad de la promoción de la salud y su concreción en programas dirigidos a poblaciones especiales.
3. La relación entre las medidas tendientes a cambiar los estilos de vida y las dirigidas a cambiar los entornos y las condiciones de vida.
4. El papel de la acción sectorial (sector sanitario) en el mejoramiento de la salud y en la generación y consolidación de la equidad social.

Frente al primer aspecto, surgen preguntas acerca de cómo actúan de modo concreto los diferentes determinantes y de qué forma se articulan los niveles de determinación para explicar problemáticas concretas de actualidad. Frente al segundo aspecto, se plantean preguntas del siguiente tipo: ¿se puede pensar en acciones de promoción de la salud para grupos de personas con diagnósticos de enfermedad definidos (diabéticos, discapacitados, insuficientes renales, etc.)?; ¿los hospitales son espacios para la promoción de la salud?; si la salud es bienestar, ¿la política de salud es la misma política de desarrollo social? En cuanto al tercer aspecto, varias de las inquietudes están relacionadas con la posibilidad de lograr cambios significativos en sociedades capitalistas dependientes. Respecto al último aspecto, los cuestionamientos se dirigen a precisar el alcance y las limitaciones de la acción sectorial, así como la manera de construir verdaderos y eficaces procesos intersectoriales.

1.2 Intervenciones para mejorar la salud

1.2.1 ¿Qué se puede hacer para evitar que las personas se enfermen?

En general, se pueden y se deben hacer varias cosas de manera simultánea. Según la actual comprensión multifactorial de la enfermedad, incluso de la enfermedad infecciosa, es claro que la acción preventiva debe desplegarse simultáneamente en niveles diversos y mediante la complementariedad de acciones, con el propósito esencial de disminuir los riesgos a los que está sometida la población.

Tal como lo expresa la OMS en su informe del año 2002 al hacer mención del cambio de perfiles de riesgo que en ese momento se estaba dando en el mundo y que se esperaba hacia el futuro,

La cadena de causas, desde los factores socioeconómicos, pasando por las condiciones ambientales y comunitarias, hasta el comportamiento individual, ofrece numerosos puntos de entrada para la prevención. Los métodos pueden combinarse de modo que las intervenciones se centren en los riesgos ambientales de base (por ejemplo, la contaminación del aire de interiores) e indirectos (por ejemplo, el saneamiento), así como en los riesgos más inmediatos, como la inactividad física y el abuso del alcohol (p. 6).

Al reconocer que los riesgos que afectan la salud y promueven las enfermedades no actúan de forma aislada, las medidas preventivas buscan, cada vez con mayor intensidad, afectar conjuntos de factores de riesgo mediante intervenciones que hayan demostrado, de alguna forma, que son eficaces y, más aún, costo-efectivas.

En un artículo relativamente reciente acerca de intervenciones preventivas para las enfermedades crónicas no transmisibles, Gaziano, Galea y Reddy (2007) plantean que para prevenir la morbilidad y mortalidad por este tipo de enfermedades de una forma económicamente sostenible, la intervención debería reunir al menos cuatro condiciones: en primer lugar, centrarse en las conductas o factores de riesgo que se han asociado causalmente con enfermedades crónicas; en segundo lugar, fundamentarse en el conocimiento de que la intervención conducirá a cambios favorables en las conductas o factores de riesgo que, a su vez, conducen a reducciones en los eventos mórbidos o mortales; en tercer lugar, ser costo-efectiva en los contextos de aplicación y; cuarto, debería haber evidencia de que la implementación de la intervención es factible con recursos limitados.

Tal como lo señalan los organismos sanitarios internacionales, entre ellos la OMS y la OPS, es importante resaltar la gran importancia que en el ámbito sanitario tienen actualmente las enfermedades no transmisibles (ENT), cuya prevalencia va en aumento; la mayoría de ellas producida en países en desarrollo; según se prevé, la magnitud de su impacto aumentará considerablemente en los próximos decenios (OMS, 2002; OPS, 2007a).

El conocimiento acumulado sobre los principales factores de riesgo de las ENT es amplio y, en general, está bien documentado, si bien suele estar circunscrito a unas cuantas entidades patológicas consideradas las más importantes; entre ellas se encuentran: la enfermedad cardiovascular, las neoplasias malignas, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Según queda expuesto en el Informe del año 2002 de la OMS, entre los principales factores de riesgo que están adquiriendo notable importancia se encuentran aquellos ligados a la dieta y la actividad (alta tensión arterial, elevado colesterol, exceso de peso corporal, bajo consumo de frutas y verduras, inactividad física); los ligados al consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas) y los asociados al ambiente (contaminación del aire urbano, concentración de humo en espacios cerrados).

Los estudios efectuados han permitido clasificar la importancia de estos factores de riesgo según grupos de países, tal como queda expuesto en la tabla 3, extraída de un documento de la OMS referido a la vigilancia de las ENT (OMS, 2003).

La segunda columna de la tabla muestra, por orden de importancia, los 12 principales factores de riesgo de acuerdo con las estimaciones de carga de enfermedad en los países en vías de desarrollo que tienen baja mortalidad. Esto es especialmente importante para Colombia, pues se haya inscrita en esta categoría. Tal como allí se observa, para aumentar significativamente los años de vida saludable se deberán intervenir los siguientes factores de riesgo: exceso en el consumo de alcohol y tabaco, niveles altos de tensión arterial, sobrepeso, índice de masa corporal elevado, cifras altas de colesterol en sangre, bajo consumo de frutas y vegetales, contaminación del aire, deficiencia de hierro, consumo de agua sin tratamiento adecuado, prácticas sexuales inseguras y exposición al plomo.

Algunos estudios, como el de Ezzati y colaboradores (2003), han llegado a cuantificar con gran detalle el aporte de factores de riesgo en el total de la carga de enfermedad en los diferentes países; esto ha permitido, a su vez, estimar el monto de beneficios que tendría la reducción de varios de estos factores de riesgo. Por ejemplo, en el contexto mundial, los cálculos elaborados señalan que el alcohol representa un

Tabla 3. Principales factores de riesgo generadores de la carga de enfermedad en los países en desarrollo y desarrollados

N.º	Países en desarrollo		Países desarrollados
	Alta mortalidad	Baja mortalidad	
1	Bajo peso	Alcohol	Tabaco
2	Conductas sexuales riesgosas	Presión sanguínea	Presión sanguínea
3	Agua insalubre	Tabaco	Alcohol
4	Fumar en espacios cerrados	Bajo peso	Colesterol
5	Deficiencia de zinc	índice de masa corporal	índice de masa corporal
6	Deficiencia de hierro	Colesterol	Baja ingesta de frutas y vegetales
7	Deficiencia de vitamina A	Baja ingesta de frutas y vegetales	Sedentarismo
8	Presión sanguínea	Fumar en espacios cerrados-combustibles sólidos	Drogas lícitas
9	Tabaco	Deficiencia de hierro	Conductas sexuales riesgosas
10	Colesterol	Agua insalubre	Deficiencia de hierro
11	Alcohol	Conductas sexuales riesgosas	Exposición a plomo
12	Baja ingesta de frutas y vegetales	Exposición a plomo	Abuso sexual a infantes

Fuente: OMS, 2003

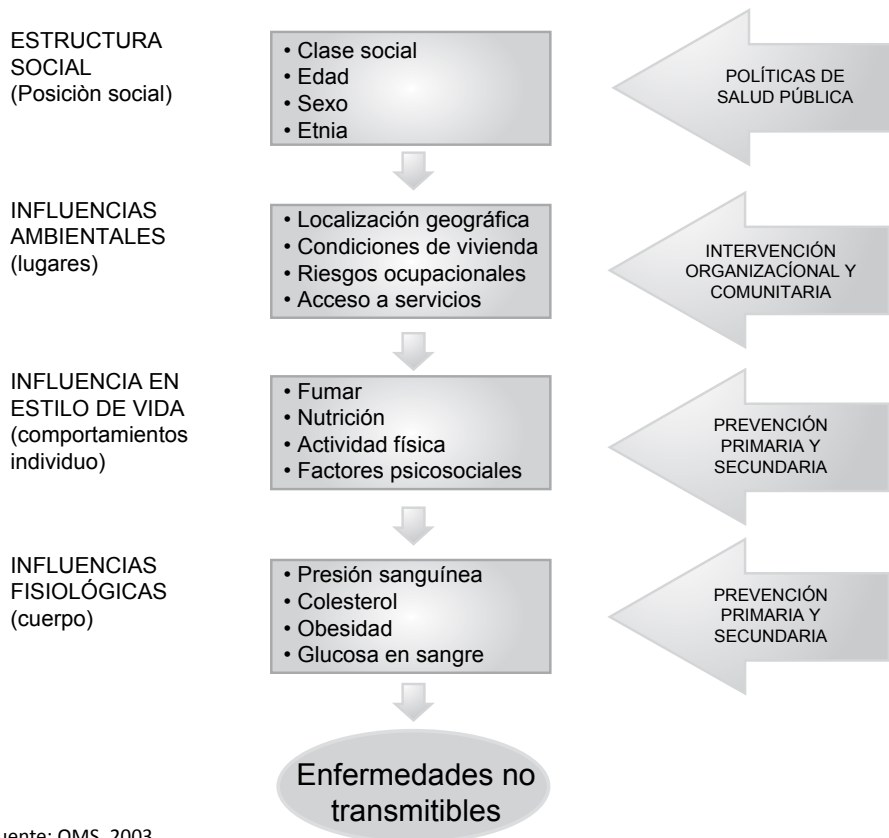
2% del riesgo (fracción) atribuible poblacional en el desorden depresivo, mientras que la alta tensión arterial y el alto colesterol representan un 48% y un 56%, respectivamente, de la fracción atribuible poblacional referida a la cardiopatía isquémica.

Por otra parte, según datos de la OMS, se considera que la inactividad física causa en conjunto 1,9 millones de defunciones y 19 millones de “años de vida perdidos ajustados por discapacidad” (AVAD, también conocidos como DALY por su nombre en inglés) a nivel mundial. De acuerdo con las estimaciones, esa inactividad causa en el mundo entre el 10% y el 16% de los casos de cáncer de mama, cáncer colorrectal y diabetes mellitus, y aproximadamente un 22% de los casos de cardio-

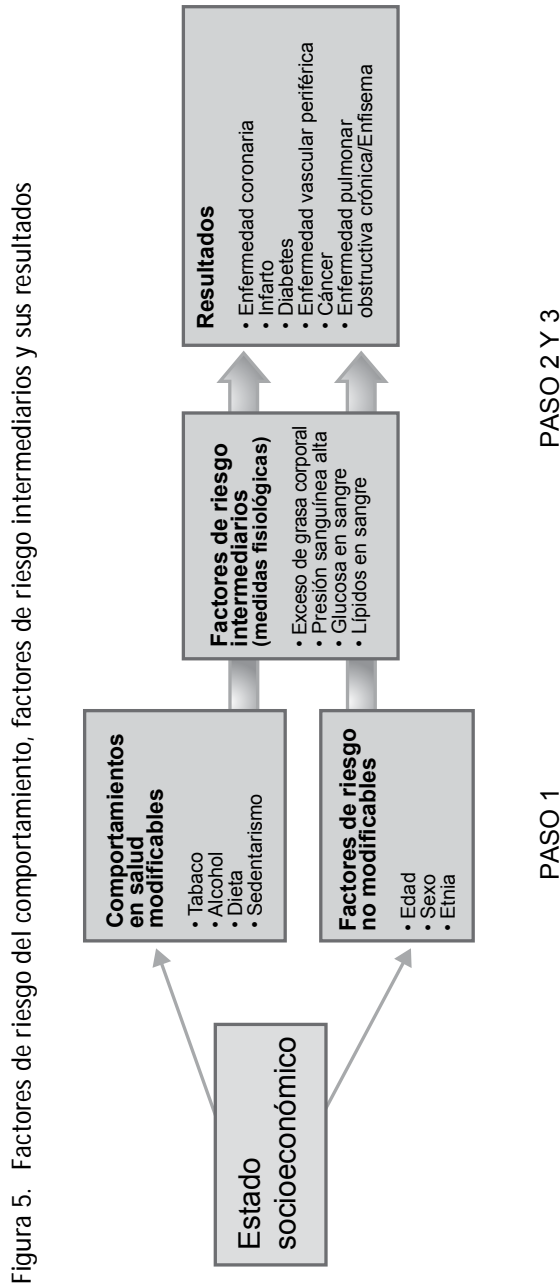
patía isquémica. Las fracciones atribuibles estimadas son parecidas en hombres y mujeres, y alcanzan los valores en ciertos países donde la proporción de defunciones atribuibles a la inactividad física se ubica entre el 8% y el 10% (OMS, 2002).

Ahora bien, para establecer nexos de dependencia entre los factores de riesgo así como para pensar más claramente posibilidades de acción preventiva, se han elaborado algunos esquemas de relación de dichos factores, ya sea en la forma de modelos causales o modelos de determinantes de la salud. En uno de los documentos de la OMS ya referido se presentan dos esquemas: el primero elabora una forma de articular los diferentes factores de riesgo, en lo que se denomina “niveles de causación”, con el fin de hacerlos corresponder con tipos de intervención específica (figura 4); mientras que

Figura 4. Niveles de causalidad y tipos de intervención correspondientes



el segundo (figura 5) divide los factores en modificables y no modificables, en biológicos y conductuales, los cuales se relacionan con pasos en la metodología propuesta para la vigilancia de las ENT (OMS, 2003).



Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007a) también ha planteado un modelo para la implementación de una estrategia regional y de un plan de acción para el control y la prevención de las ENT. Dicho modelo (figura 6) recoge la visión de los factores que afectan la salud que la OPS ha venido usando y la pone en función de la comprensión de los factores determinantes de las ENT. Estos factores corresponden a los factores de riesgo biológicos y conductuales, las condiciones ambientales y la influencia del entorno internacional.

Figura 6. Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas



Fuente: OPS, 2007

Pero los estudios existentes no sólo identifican, cuantifican y ordenan los factores de riesgo relacionados con las ENT, sino que también avanzan en el análisis y evaluación de diversos tipos de intervenciones destinadas a reducir el impacto de algunos de estos factores de riesgo, ya sea en el ámbito individual o poblacional. Si bien, tal como lo ha señalado la OMS, las intervenciones dirigidas a los individuos suelen ser las que resultan más fácilmente evaluables, cada vez es más claro que las intervenciones poblacionales son fundamentales, y algunas de ellas son evaluadas con cierta frecuencia (OMS, 2002; Gaziano et al, 2007).

En general, se ha reconocido que el uso del tabaco, junto con la inactividad física, los malos hábitos dietéticos y la ingesta excesiva de grasas y carbohidratos son los factores de riesgo modificables más importantes en cuanto a las ENT; por esto, se han emprendido múltiples esfuerzos para implementar intervenciones dirigidas al cambio de estilos de vida, en especial en lo relacionado con dieta y ejercicio físico (OMS, 2002; 2006).

Por supuesto, la acción preventiva multifactorial no se limita a las enfermedades crónicas no transmisibles, sino que también toma en cuenta las enfermedades infecciosas y las transmitidas por vectores, y para los homicidios, las lesiones personales por agresión y los accidentes.

1.2.2 Niveles preventivos en acción

Desde su formulación en los años 50 del siglo XX, los niveles de prevención han sido muy útiles para incorporar la mentalidad “preventivista” en la formación del personal sanitario y, sobretodo, para organizar la propia labor preventiva. Bajo los supuestos del modelo de historia natural de la enfermedad, los niveles de prevención permitieron definir un continuo de acción, cuyo propósito ha sido actuar racionalmente en todo el proceso patológico con el fin de evitar la enfermedad y, si eso no fuese posible, evitar sus consecuencias más nefastas.

Según los reconocidos médico-salubristas norteamericanos Hugh Leavell y Gurney Clark, formuladores del modelo:

La prevención puede lograrse en el período prepatogénico con medidas destinadas a promover la óptima salud general o con medidas específicas

de protección contra agentes de enfermedad o con el establecimiento de barreras contra los agentes en el medio ambiente. Estos procedimientos se han denominado de prevención primaria. Tan pronto como la enfermedad sea detectada, temprano en la patogénesis, la llamada prevención secundaria puede realizarse por medio de un tratamiento rápido y adecuado. Como el proceso de patogénesis avanza, aún es posible realizar la prevención con lo que podría denominarse terapia correctiva, o prevención terciaria. Cuando la enfermedad ha avanzado más allá de sus primeras etapas, el tratamiento puede prevenir secuelas y limitar la discapacidad, e incluso más tarde, cuando se fija el defecto y la discapacidad, la rehabilitación puede desempeñar un papel preventivo (Leavell, Clark et al, 1958, pp. 20-21. Traducción libre).

Por lo pronto, bastan dos ejemplos para mostrar cómo se aplica esta organización de la acción preventiva por niveles. Pensemos en una persona con tuberculosis. La enfermedad está asociada a la presencia de un agente infeccioso (*Mycobacterium tuberculosis*) que entra al cuerpo, generalmente inhalado; después de producir una intensa reacción inmunitaria de defensa, suele ser controlado hasta que, por circunstancias diversas, llega a multiplicarse y originar un proceso de reactivación endógena de la infección. En caso de afectar el pulmón, el agente produce las lesiones correspondientes (tubérculos) que se manifiestan en una sintomatología especial (tos, expectoración, sangrado, etc.). Sin tratamiento, una buena parte de los enfermos morirá en pocos años, otros se curarán de manera espontánea y otros se convertirán en enfermos crónicos. La prevención primaria de la enfermedad busca evitar que el agente infecte el cuerpo; para ello, se implementarán medidas desinfectantes; pero como se ha visto que eso no es muy factible, otra medida de protección específica es la vacunación, con lo cual se prevé que, aun cuando la infección ocurra, el cuerpo podrá defenderse de la acción del agente infeccioso. La prevención secundaria busca detectar tempranamente la presencia del agente o de la enfermedad con el fin de iniciar un tratamiento rápido y oportuno. La prevención terciaria actuaría con el fin de evitar secuelas en un proceso de rehabilitación.

Ahora pensemos en ese conjunto de enfermedades que solemos definir de manera general como cáncer. De acuerdo con la comprensión del modelo de historia natural, el cáncer tiene un período prepatogéni-

co, en el cual se producen cambios indetectables en el cuerpo que, un poco más tarde, llevan a una proliferación anormal de células (neoplasia) que sólo es detectada en el período patogénico y que se torna sintomática, según los tejidos afectados. Sin tratamiento alguno, el desarrollo de la enfermedad puede conducir a complicaciones graves que, al final, producen la muerte.

Según el esquema, la prevención primaria se orienta a prevenir que aparezca la enfermedad, bajo la idea de que el cáncer es causado por factores externos modificables. En términos generales, se estima que cerca del 80% de las neoplasias (tumores) malignas está relacionado con factores propios de los estilos de vida (tabaco, alcohol, exposición al sol, dieta, comportamiento sexual); por esto, la acción de prevención primaria privilegia la educación sanitaria y la modificación de las conductas de riesgo; aunque aquí también están contempladas las acciones sobre el ambiente que busquen eliminar los potenciales agentes productores de cáncer (carcinógenos). La prevención secundaria actúa cuando la enfermedad ya se ha hecho visible con alteraciones corporales; mediante el diagnóstico y el tratamiento temprano, busca evitar que la enfermedad progrese y afecte la vida de la persona afectada. Para ello, se realizan pruebas de detección temprana, como la prueba de Papanicolau (citología) para el cáncer de cérvix, la mamografía para el cáncer de mama o la detección de sangre oculta en heces para el cáncer de colon, entre otras. Por último, la prevención terciaria actúa en una fase posterior, intentando controlar el daño ocasionado por el proceso patológico y evitando secuelas; entre las acciones posibles están la extirpación de órganos (útero, mama, próstata, etc.) y la labor rehabilitadora.

Esta forma de pensar es ampliamente usada por el personal sanitario tanto en el ámbito internacional como nacional; de hecho, en Colombia ha servido como sustento de la normativa correspondiente a la promoción y prevención. Por ejemplo, en la Resolución 412 (“Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”) se puede observar que bajo los conceptos de protección

específica, detección temprana y atención de la enfermedad se encuentra presente, y en acción, todo el modelo preventivo arriba expuesto.

1.2.3 Asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos

Con el desarrollo de los niveles preventivos, la medicina preventiva formalizó un esquema que, a la postre, suscitó un cambio de importancia en el discurso médico que, si bien fue sutil al comienzo, ha cobrado ahora mayor dimensión. La prevención no sólo comenzó a ser reconocida como una acción esencial e ineludible, sino que la labor tradicional de asistencia fue incorporada como un elemento de importancia en la propia mentalidad preventivista.

De hecho, el tratamiento oportuno y la rehabilitación quedaron integrados en el esquema de prevención como elementos fundamentales de los niveles preventivos. En este sentido, hacer bien el trabajo terapéutico-asistencial previene complicaciones, secuelas y, eventualmente, la muerte prematura de los pacientes. Por lo tanto, desde este enfoque, la atención médica integral es una acción profundamente preventiva. Esta comprensión ha impulsado propuestas programáticas como la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y las Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMI).

Más allá de esta forma especial de resaltar la labor asistencial, cabe señalar que las labores de rehabilitación y de cuidados paliativos han adquirido una gran importancia por sí mismas. En cuanto a la rehabilitación, su importancia ha estado ligada a dos fenómenos interconectados: por un lado, a que las sociedades actuales reconocen la invalidez y la discapacidad como problemas preocupantes y crecientes y, por otro lado, al paulatino envejecimiento de las poblaciones, lo cual ha propiciado la aparición de una serie de padecimientos crónicamente incapacitantes, propios de la edad avanzada. Con el tiempo, se ha logrado establecer que la rehabilitación es un programa de intervención efectivo y eficiente que trasciende la acción sobre el individuo. Ranjit Majumder, experto internacional en materia de discapacidad, afirma que “la rehabilitación nos lleva a una mejor productividad, a la restauración económica tanto del individuo como de la familia y de la sociedad. En otras palabras, si la rehabilitación se practica tiene

consecuencias a nivel del individuo, a nivel de la familia y a nivel de la sociedad” (Majumder & Cuervo, 2003, p. 45).

En relación con los cuidados paliativos, esta labor médica, que involucra a todo el equipo de salud, se desarrolló como respuesta a una sentida insatisfacción frente a aquella práctica médica corriente que parecía obsesionada con la idea de vencer la enfermedad y la muerte y que, de manera agresiva, se enfrentaba a ellas aun a costa del bienestar del paciente. La medicina paliativa, entonces, adoptó una visión diferente al reconocer que la muerte es inevitable y que lo que se necesita, más allá de la acción terapéutica tradicional, es hacer más humano el cuidado del moribundo. En este sentido, los cuidados paliativos buscan controlar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, ayudar a su bienestar corporal y espiritual y, en la medida de lo posible, hacer que las decisiones clínicas respeten su autonomía.

Por supuesto, eso exige adquirir algunos conocimientos y ciertas habilidades técnicas pero, sobre todo, requiere una fina sensibilidad para entender la complejidad del ser humano. Tal como lo señala el filósofo y teólogo James Drane:

Para aliviar el dolor y el sufrimiento, el profesional del cuidado paliativo primero debe entender la compleja realidad de la personalidad humana. Además de ser un experto en neurología y en las sutilezas de la transmisión del dolor, el médico de cuidados paliativos y los miembros del equipo que cuidan los pacientes al final deben entender las complejidades de la enfermedad aguda y crónica. Tal entendimiento es crucial para decidir si continuar buscando la curación o dedicarse al alivio del dolor y del sufrimiento (2006, p. 233).

Como se puede apreciar, los cuidados paliativos no se definen, en propiedad, desde una determinada enfermedad, pues potencialmente se aplican a pacientes con diagnósticos diversos y de todas las edades, aunque, por supuesto, su concreción debe estar basada en una evaluación precisa del diagnóstico y de las necesidades de los pacientes. En su sentido más amplio, los cuidados paliativos abarcan las intervenciones dirigidas a la persona que está muriendo y a sus familiares y amigos, lo cual exige una comunicación especial, abierta y sensible entre el paciente, sus familiares y quienes actúan como cuidadores.

1.2.4 Elementos de la gestión del riesgo en salud

Aunque es indudable que siempre ha existido el interés por la identificación de los riesgos para la salud, cabe señalar que sólo desde hace unas cuantas décadas dicho interés se ha incrementado y ha incorporado novedosas perspectivas para su estudio, a tal punto que en la actualidad se ha consolidado un ámbito de trabajo denominado evaluación de riesgos. En términos generales, la evaluación de riesgos busca definir, cuantificar y caracterizar las amenazas existentes para la salud humana y para el medio ambiente (OMS, 2002).

Dicha labor de análisis y evaluación ha implicado, a su vez, una preocupación creciente por afectar de manera consciente y sistemática los riesgos existentes, con el fin de prevenir sus consecuencias. Para esto, se han impulsado los enfoques de riesgo y los modelos de determinantes de la salud que ofrecen un marco de comprensión de la cadena de acontecimientos que desembocan en resultados sanitarios adversos.

De igual manera, este conocimiento ha fortalecido la implementación de estrategias de reducción de los riesgos que se consideran modificables; esto ha permitido diferenciar, así sea analíticamente, entre las estrategias orientadas a la reducción de riesgos en el conjunto de la población y aquellas dirigidas a los individuos. Las primeras abordan las intervenciones gubernamentales que se concretan en medidas legislativas, incentivos fiscales o estímulos financieros, pero también incluyen soluciones técnicas más puntuales, como la imposición del cinturón de seguridad en los vehículos de motor y campañas de educación sanitaria dirigidas al público general. Las segundas incorporan intervenciones destinadas a modificar el comportamiento individual en relación con aspectos sanitarios, así como aquellas intervenciones encaminadas a modificar el comportamiento de los prestadores de servicios asistenciales en su relación con los usuarios.

Tal como lo presenta la OMS:

Se puede recurrir a diferentes conjuntos de intervenciones para lograr el mismo objetivo, y algunas intervenciones reducirán la carga asociada a múltiples factores de riesgo y enfermedades. Todas las intervenciones

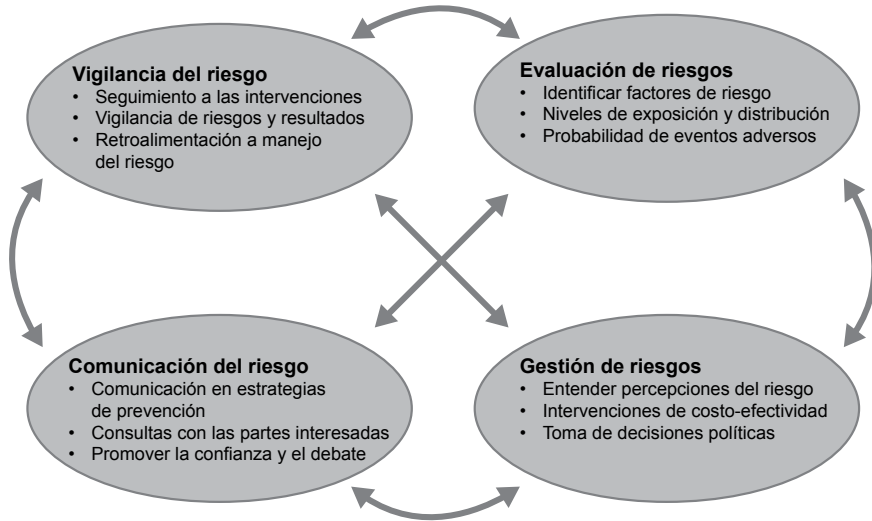
destinadas a reducir la tensión arterial, el consumo de tabaco y el colesterol tienden a disminuir las enfermedades cardiovasculares, y cada una de esas medidas se ha utilizado por separado y conjuntamente en distintos momentos y diferentes entornos. El efecto de aplicar dos de ellas simultáneamente puede ser mayor que el que cabría prever al sumar los beneficios resultantes de cada una por separado, pero también puede ser menor. Gran parte de la mortalidad por cardiopatías isquémicas atribuida tradicionalmente a determinados factores de riesgo tiene de hecho su origen en la combinación de esos factores con otros factores de riesgo. En parte como resultado de esas interacciones, las estrategias de reducción de riesgos se basan por lo general en una combinación de intervenciones y no en una sola.

Ahora bien, la elección de las estrategias e intervenciones más adecuadas para enfrentar problemáticas específicas, así como la manera de realizar su combinatoria, termina siendo un ejercicio de carácter técnico-político, toda vez que conjugan de manera simultánea mediciones técnicamente elaboradas y pautas de acción sustentadas en conocimiento científico, con preferencias ideológicas y tanteos empíricos e intuiciones razonadas, en un escenario donde se enfrentan posturas diversas tanto entre los expertos del sector salud como entre los representantes de los diferentes sectores sociales.

En este sentido, la toma de decisiones es un proceso complejo que involucra, entre otros elementos, la percepción social del riesgo, la cuantificación técnica del mismo, la incertidumbre científica, la voluntad política y la sostenibilidad financiera. Todo esto exige una gestión de la información orientada a tomar decisiones que impliquen la disminución de la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades. Esto es, un proceso de gestión de la prevención del riesgo. Según la OMS, “la gestión del riesgo no es en modo alguno un proceso lineal y, aunque habitualmente entraña un proceso iterativo de adopción de decisiones, habrá que adoptar medidas en los cuatro componentes principales: evaluación, gestión, comunicación y vigilancia” (2002, p. 157). El diagrama de la figura 7, tomado del informe de la OMS, presenta los cuatro elementos que se deben tener en cuenta en la gestión del riesgo.

Tal como se presenta, la idea de gestión del riesgo en salud adquiere una doble significación: por un lado, un sentido genérico asociado a

Figura 7. Implementación en prevención del riesgo



Fuente: OMS, 2002

un proceso amplio de gestión de conocimiento y de toma de decisiones para lograr, en últimas, la disminución de la probabilidad de enfermar; por otro lado, un sentido más específico que hace referencia a un esfuerzo organizado de toma de decisiones políticas, basadas en análisis juiciosos de la percepción social del riesgo y de los costos y la efectividad de las intervenciones disponibles.

1.2.5 ¿Qué se puede hacer para mantener a las personas sanas?

La respuesta frecuente a esta pregunta es que se debe atender —y curar— lo más rápidamente posible sus patologías, protegerlas de las amenazas presentes en el ambiente y modificar las conductas de riesgo que las afectan. Bajo esta mirada, pero con un criterio más actual, la respuesta se sintetiza diciendo que se necesita una atención integral y una gestión efectiva de los riesgos en salud.

Sin embargo, como ya lo hemos señalado, la incorporación de la promoción de la salud ha exigido complementar esta mirada, toda vez que también se requiere potenciar las actitudes y aptitudes positivas que

la gente tiene frente al desarrollo de su vida y posibilitar que las opciones de vida saludable sean las más fáciles de tomar.

En este sentido, y si tomamos en serio la distinción entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud, mantener a las personas sanas exige un firme compromiso social para garantizar paz y prosperidad en las sociedades, igualdad de oportunidades para todos, justicia social, satisfacción de las necesidades básicas (alimentación, vivienda, educación, seguridad, etc.), preservación de las condiciones ambientales favorables para la sostenibilidad del planeta y el disfrute pleno de los derechos humanos, económicos y sociales que posibiliten que las personas desplieguen sus potencialidades y concreten sus proyectos de vida.

1.2.6 Las estrategias e intervenciones de la promoción de la salud

El movimiento internacional de promoción de la salud, forjado en la década de los años 80 del siglo pasado y cuyo manifiesto quedó consignado en la mencionada Carta de Ottawa, adoptó una concepción de salud que la definía como la capacidad de las personas y de los grupos poblacionales para, por un lado, satisfacer sus necesidades y realizar sus aspiraciones y, por otro lado, adaptarse a las exigencias del entorno y, eventualmente, modificarlo si así fuera necesario. Por ello, la salud se consideró, más que un fin en sí mismo, un recurso para la vida cotidiana (Colomer & Álvarez-Dardet, 2001).

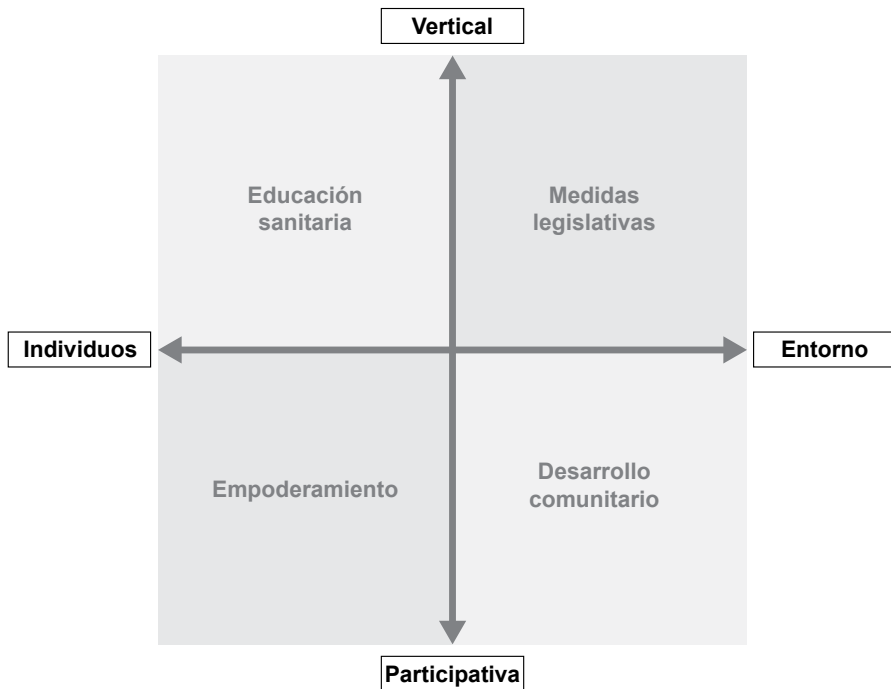
Al amparo de esta comprensión, se formularon algunos principios claves y se definieron las cinco líneas de acción que han orientado, de manera general, la labor en promoción de la salud y que ya han sido expuestas más arriba. Entre los principios que se deben tener en cuenta, es oportuno señalar que la promoción de la salud implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana, se centra en la acción sobre los determinantes de la salud, combina métodos y requiere la efectiva participación de la población.

A partir de estos principios, y tomando en consideración las líneas de acción, se han establecido estrategias para la promoción de la salud

que terminan ordenando una serie de intervenciones específicas que concretan y hacen posible la labor promocional. El diagrama de la figura 8, tomado del libro de Concha Colomer y Carlos Álvarez-Dardet, quienes a su vez recogen y adaptan los planteamientos del reconocido investigador y educador sanitario Alan Beattie, muestra las cuatro estrategias de la promoción de la salud que se pueden establecer al combinar dos criterios de clasificación en relación con quién decide y lidera las intervenciones y a quién van dirigidas.

Según estos criterios, *la educación sanitaria* sería una estrategia que reúne las acciones dirigidas por profesionales sanitarios para modificar las conductas de las personas; el ejemplo más común de intervención sería la charla que imparte el personal sanitario a los usuarios de los servicios con el fin de convencerlos de adoptar conductas

Figura 8. Estrategias para la promoción de la salud



Fuente: Colomer y Álvarez-Darde, adaptado de Beattie

específicas definidas como adecuadas. *Las medidas legislativas* serían actuaciones de profesionales o de políticos apoyados en el saber de expertos y dirigidas a modificar entornos y conductas grupales; un ejemplo de ello sería la legislación acerca de los espacios libres de humo. A su vez, el empoderamiento sería una estrategia creada a partir de las necesidades de las personas involucradas, que serían protagonistas de las acciones, y que se dirige a individuos concientizados de su propio poder; un ejemplo de una intervención de este tipo podría ser un taller sobre salud sexual y reproductiva donde los jóvenes participantes fueran protagonistas en su diseño y ejecución. Por último, *el desarrollo comunitario* sería una estrategia que involucra a grupos poblacionales y que se dirige a la comunidad en su conjunto; el ejemplo típico sería la labor concertada con la comunidad para la elaboración y ejecución de planes de desarrollo locales de salud.

Para el despliegue de estas estrategias, la promoción de la salud recurre a intervenciones educativas, informativas y de comunicación, labor legislativa, abogacía, organización comunitaria, trabajo en redes, grupos de ayuda mutua y mercadeo social, entre otras. Ahora bien, ¿cuánta efectividad han alcanzado estas intervenciones? o, en otras palabras, ¿hasta qué punto se ha demostrado la utilidad de la promoción de la salud?

Al respecto, se debe reconocer que no es fácil dar una respuesta concreta a esta pregunta, toda vez que, a pesar del esfuerzo desplegado en los últimos años, aún existen limitaciones importantes tanto en la cantidad como en el sentido y alcance de las evaluaciones de la efectividad de la promoción de la salud. Por un lado, en Latinoamérica se observa que solo una pequeña parte de los estudios sobre promoción de la salud corresponde a estudios de evaluación, y de ellos solo unos cuantos son evaluaciones de la efectividad (Salazar et al, 2003). Pero, por otro lado, y esto es aplicable a la literatura mundial, muchos estudios de evaluación de la promoción de la salud no hacen la diferencia entre promoción y prevención, lo cual dificultan la evaluación de la acción específicamente promocional. Esto queda evidente al revisar el trabajo que en 1999 realizó la Unión Internacional para la Promoción y Educación en Salud financiado por la Comisión Europea (IUHPE, 2000).

Pese a las dificultades que las anteriores limitaciones suponen, conviene señalar que empiezan a aparecer algunos acuerdos entre los expertos. Aquí se resaltan cinco afirmaciones defendidas en el trabajo de la IUHPE (2000):

1. La verdadera clave de un envejecimiento sano consiste en iniciar la promoción de la salud en una fase temprana, y en incorporar sus mensajes clave a la vida diaria durante toda la vida (p. 10).
2. La evidencia muestra que la práctica regular de ejercicio físico ayuda a regular los niveles de glucosa en sangre, mejora la calidad del sueño, mejora el funcionamiento cardiovascular, ayuda a mantener la independencia en la vejez, potencia el control y el rendimiento motrices, reduce el riesgo de caídas y potencia la función cognitiva y la salud mental (p. 10).
3. Existe evidencia considerable que demuestra que las estrategias de promoción de la salud mental han reducido la depresión, las tasas de suicidio y los problemas de conducta. Las intervenciones dirigidas a ayudar a la familia se han traducido en un número menor de agresiones domésticas y problemas de aprendizaje de los niños pequeños y, en general, en entornos más positivos para crecer y asumir una ciudadanía activa y responsable (p. 11).
4. Existe evidencia de que los programas de formación educativa impartida por otros jóvenes, las campañas mediáticas focalizadas y la distribución focalizada de información, productos y servicios (con frecuencia, controvertidos elementos como los condones femeninos y masculinos, las jeringuillas desechables y la metadona) han ayudado a ofrecer a los adolescentes mejores elecciones y un acceso a nuevas opciones de salud (p. 13).
5. Los centros de enseñanza han demostrado ser lugares rentables para las intervenciones de promoción de la salud. La eficacia y sostenibilidad de las intervenciones de salud en estos centros se rigen por su estrecha relación tanto con las intervenciones de promoción de la salud, como con la tarea principal de dichos centros, en el desarrollo de las habilidades educativas y conocimientos de base en los jóvenes. La evidencia demuestra que estos programas deberían estar orientados principalmente al logro de resultados cognitivos y sociales, en lugar de concentrarse en alcanzar resultados específicos de conducta (p. 18).

Por supuesto, uno de los retos mayores de la promoción de la salud es acrecentar la evidencia de su efectividad, así como definir indicadores que muestren los aspectos positivos de la salud.

1.2.7 ¿Hasta dónde debe llegar el sector sanitario?

En la actualidad, es común asumir que un sistema de salud es un conjunto articulado de elementos (normas, instituciones, procedimientos, personal, etc.) que desarrolla –o posibilita desarrollar– actividades orientadas a promover, restablecer y mantener la salud de la población. Esta definición no sólo presupone un ámbito de acción enorme, sino que también implica la interacción entre los miembros de una población y los prestadores de servicios, sean éstos de carácter preventivo, curativo, paliativo o promocional.

Tal ha sido la importancia de la prestación de los servicios, que cada vez es mayor el número de personas cuya vida se ve afectada por ellos. Desde el momento del nacimiento, institucionalmente controlado y profesionalmente valorado, hasta el momento de la muerte, médicamente supervisada y certificada, la vida de las personas se ve incorporada en dinámicas regladas por los servicios sanitarios.

Por supuesto, dadas las diversas y complejas funciones que cumple, un sistema de salud trasciende la labor de los hospitales, va más allá de la acción médico-asistencial, rebasa cualquier forma única de saber sanitario e involucra acciones que comprometen a varios de los llamados sectores sociales. Esto se hace aún más evidente cuando se piensa que los objetivos esenciales de un sistema de salud son la mejora y protección de la salud.

Esta manera de ver el asunto es, en principio, ampliamente compartida y nadie niega su importancia. Sin embargo, los problemas referidos a la especificidad en la acción y al grado de competencia de las personas e instituciones no tardan en aparecer, dada la organización sectorial de la sociedad. En este sentido, si la labor en salud es tan amplia, ¿cómo definir límites a la acción del sector salud?

Por tradición, el sector salud se ha responsabilizado de la organización de los servicios preventivos y curativos, cuyo centro de acción

es el manejo de la enfermedad. Sin embargo, como ya hemos visto, la comprensión actual de la salud es más amplia y compleja y, por lo tanto, genera interrogantes y mucha tensión: ¿qué tanta promoción de la salud se puede hacer desde el sector salud?, ¿qué tanta competencia puede tener el sector para afectar los determinantes de la salud?, ¿es responsabilidad del personal sanitario cumplir con todo lo que implica la mejoría de la salud?

Es claro que el sector salud debe tener –y tiene– una gran responsabilidad frente al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud; sin embargo, no es una responsabilidad única y debe ser compartida con los otros sectores sociales. De ahí que el tema de la intersectorialidad tenga una importancia estratégica. En su sentido más general, la intersectorialidad alude a la acción concertada entre diferentes sectores sociales que comparten fines y metas y combinan, de manera efectiva, recursos.

Para que la acción intersectorial se implemente de manera adecuada no sólo se requiere de una fuerte voluntad política y liderazgo institucional, sino también del despliegue articulado de una variedad de actividades, entre las cuales se incluyen la formulación de normas y leyes, la estructuración de planes y programas, la participación social y la concertación interinstitucional. Es cierto que esto es más fácil decirlo que llevarlo a la práctica, pero es una necesidad ineludible para lograr la mejora y protección de la salud de las poblaciones.

Pero en esta acción concertada entre sectores también es imprescindible definir, lo más claramente posible, los alcances y las competencias que adquieren las diferentes instituciones y los actores involucrados. En esta definición es relevante analizar con cuidado las identidades misionales de las instituciones y las capacidades de los actores. En cuanto a la promoción de la salud, este asunto ha sido muy discutido bajo la noción de “reorientación de los servicios sanitarios” (Colomer & Álvarez-Dardet, 2001; Restrepo & Málaga, 2001).

En últimas, el sector salud puede liderar la acción frente a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como orientar muchas de las acciones dirigidas a afectar los determinantes de la salud

y a disminuir las amenazas presentes en el ambiente, pero es responsabilidad de la sociedad en su conjunto, en interacción de lo público y lo privado, lograr proteger a la población de las amenazas a su bienestar y mantener y mejorar la salud de todos los habitantes de un territorio.

Capítulo 2





**Marco legal de
la promoción y la
prevención en Colombia**

2.1 ¿Cómo son entendidas la salud, sus determinantes y las acciones para intervenirla en el debate académico internacional?

A partir de los debates internacionales actuales es posible entender la salud como un proceso vital satisfactorio que despliega las potencialidades humanas y que difiere del simple hecho de no tener enfermedad alguna.

En este sentido, el análisis de la salud y de la enfermedad requiere comprender el pasado y presente de la evolución biológica y social, las interacciones de la población con el entorno ecológico, laboral y social, los comportamientos y los sistemas de salud.

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, al analizar los debates actuales frente a la manera de entender las causas de las enfermedades y las condiciones de vida de las personas, se observan dos enfoques. Uno denominado enfoque de determinantes, que trata de comprender la determinación social de la salud y la enfermedad como un proceso complejo de interacción jerarquizada de condiciones de vida. El otro, denominado enfoque de riesgo, trata de establecer patrones de asociación entre factores modificables y la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades. Si bien ambos enfoques brindan un marco de comprensión para la acción, es posible afirmar que el enfoque de determinantes privilegia la comprensión del proceso salud-enfermedad, mientras que el enfoque de riesgo releva la identificación pragmática de factores de cara a una posible intervención.

Teniendo en cuenta ambos enfoques, se puede afirmar que la orientación internacional es actuar simultáneamente mediante la oferta de servicios de atención preventiva dirigidos, por un lado, a las personas y a su entorno ecológico y, por otro lado, a fomentar condiciones saludables y potencialidades humanas. Estos servicios son prestados por los sistemas de atención médica, mientras que la promoción de las condiciones saludables se ofrece mediante esfuerzos intersectoriales.

La prevención de enfermedades modifica la ocurrencia de aquellas lesiones, infecciones o disfunciones que sean evitables. Es conve-

niente resaltar que no todas las enfermedades se pueden prevenir. Para evitar las enfermedades prevenibles, se actúa modificando los componentes del mecanismo causal involucrados en su generación (factores causales: protectores y nocivos).

Los factores causales no actúan de forma aislada, sino que interactúan entre sí y se relacionan con todos los tipos de enfermedades (agudas y crónicas/transmisibles y no transmisibles). A veces, los factores causales son denominados factores de riesgo, pero esta denominación tiende a restringirlos o a asimilarlos solo con los factores nocivos; esto hace que se olviden los factores protectores.

En los debates actuales, el riesgo es asumido como amenaza y como probabilidad de ocurrencia. Por lo tanto, gestionar el riesgo implica identificar, cuantificar, caracterizar, minimizar, mitigar y superar tanto las amenazas para la salud como la probabilidad de que ocurra la enfermedad.

Para modificar el riesgo en salud se utilizan estrategias individuales y poblacionales que incluyen medidas legislativas, masificación de elementos de protección, incentivos fiscales y estímulos financieros. Como ya se mencionó, la selección de las alternativas de modificación del riesgo debe tener en cuenta: la percepción del riesgo, la estimación de magnitud y severidad (de la enfermedad y de los factores de riesgo) que incluye cierto grado de incertidumbre, la sostenibilidad financiera y la voluntad política que puede orientarse a proteger a la población si no hay certeza de inocuidad (principio de precaución) o solo si hay certeza de grave afectación.

Estos dos enfoques (determinantes de la salud y gestión del riesgo) están presentes en el debate académico nacional e internacional, unas veces como enfoques complementarios y otras como enfoques mutuamente excluyentes.

En Colombia, la mayor parte de los profesionales de la salud conoce que la prevención de enfermedades se organiza en niveles (primario, secundario y terciario) y utiliza esa categorización para orientar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y para prevenir las complicaciones y la muerte. La aplicación de esta mentalidad preventiva por niveles ha llevado a que la atención médica sea considerada una atención preventiva, como ocurre, por ejemplo, con la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Hasta hace treinta años, la promoción de la salud estaba incluida en esos tres niveles preventivos; en especial, se trataba de un componente de la prevención primaria, reducida a la educación preventiva como herramienta modificadora de factores comunes a varias enfermedades.

Por ese origen común, actualmente las líneas de acción de la promoción de la salud pueden ser compartidas con la prevención de enfermedades, y tienen como finalidad desarrollar capacidades en los actores sociales involucrados en la generación y preservación de la salud; de esta manera, impactan los determinantes de la salud y los factores de riesgo. Sin embargo, la promoción de la salud se ha independizado no sólo de la mentalidad “preventivista”, sino también del quehacer de los servicios de atención médica, y se ha convertido en una acción multisectorial que entiende la salud como el bienestar bio-psico-socio-ambiental y como el desarrollo de las potencialidades humanas.

Las capacidades que se deben desarrollar se expresan en la política pública intersectorial, en los entornos o ambientes, en los comportamientos de las personas y de las comunidades, en la participación social y en los sistemas de salud orientados a la ganancia en salud, el respeto a las particularidades y la lucha contra la falta de equidad.

Para desarrollar las capacidades mencionadas, se utilizan, entre otras, las siguientes herramientas:

- Intervenciones informativas, educativas y comunicativas.
- Concertación entre actores de competencias, recursos, información y actividades por realizar.
- Elaboración, implementación y reorientación a resultados en salud de legislación, planes, programas y proyectos.
- Fortalecimiento del liderazgo institucional.
- Organización comunitaria, grupos de ayuda mutua y participación social.
- Cabildeo o abogacía.
- Mercadeo social.

Para que las acciones promocionales o preventivas sean apropiadas, deben tener las siguientes características:

- Estar asociadas con el resultado buscado.
- Estar dirigidas a una situación que sea modificable.
- Tener en cuenta la relación costo-efectividad de la intervención en relación con otras opciones disponibles.
- Contar con disponibilidad de recursos (tiempo, talento humano, información, marco legislativo y voluntad política).

En este contexto de análisis, persisten como asuntos de interés nacional e internacional, entre otros, los interrogantes relacionados a continuación:

- ¿Cómo actúan los determinantes?
- ¿Cómo se articulan los niveles de determinación?
- ¿Se puede hacer promoción de la salud en personas enfermas?
- ¿Cuál es el límite del sector salud?
- ¿La atención médica puede abordar la salud de forma positiva y modificar determinantes de la salud para promover la salud entendida como bienestar?
- ¿Los hospitales son espacios apropiados para generar salud y bienestar?
- Si la salud es bienestar, entonces ¿la política de salud equivale a la política de desarrollo social?
- ¿Cómo lograr una intersectorialidad eficaz?

Estos cuestionamientos siguen generando debates, aún no resueltos, en el concierto internacional y nacional, y se destacan aquí para ilustrar que son conceptos en construcción y desarrollo.

2.2 ¿Cómo son entendidas la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS?

Los conceptos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en

Salud (SGSSS) pueden agruparse en dos grandes corrientes a partir del análisis de la legislación vigente. Una, que las considera etapas consecutivas (Ley 100 de 1993, Acuerdo 117 de 1998 y Resolución 412 de 2000); otra, que las concibe como procesos distintos (Decreto 3039 de 2007 y Ley 1438 de 2011).

La importancia de analizar estas dos corrientes radica en las consecuencias para el sector salud. En la primera, la prevención implica promoción (son términos intercambiables); la responsabilidad es del sector salud y los resultados se miden a corto plazo. En la segunda, promover y prevenir requieren esfuerzos simultáneos e intersectoriales, y los resultados se miden en el mediano y largo plazo.

Para comprender la génesis de estas aproximaciones, es necesario describir brevemente algunos elementos de la evolución del Sistema de Salud Colombiano.

2.2.1 Sistema de Salud Colombiano: evolución, estructura y funcionamiento

Si bien desde la Constitución de 1886 el país conformó una mínima estructura sanitaria centralizada, solo fue hasta bien entrado el siglo XX cuando se organizó lo que a la postre sería el sistema de salud en el país. Al amparo constitucional, y bajo la teoría general de sistemas, se creó en los años 70 el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Dicho SNS se creó mediante los Decretos 056 y 350 de 1975 y 121 de 1976, y se definió como el “conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”; estaba organizado en tres niveles (nacional, seccional y local. Decreto 2470 de 1968, arts. 1 y 2), compuesto por tres subsectores (oficial, mixto y de seguridad social y privado) y articulado por cuatro subsistemas técnicos nacionales (inversión, información, planeación, suministros y personal. Decreto 654 de 1974, art. 1, y Decreto 056 de 1975, arts. 1, 2) y con servicios seccionales de salud y unidades regionales de salud que dependen técnicamente del Ministerio de Salud Pública (Decreto 350 de 1975).

En el Sistema Nacional de Salud no existía una diferencia conceptual entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad; las acciones en estos temas estaban asignadas a las instituciones del nivel local (Decreto 654 de 1974, art. 12) apoyadas técnicamente por los funcionarios del Ministerio de Salud Pública de la época desde las direcciones ministeriales de saneamiento ambiental, epidemiología y atención médica (Ministerio de Salud, 1994) o mediante campañas dirigidas y ejecutadas directamente desde el Ministerio. De esta manera, se fomentó la educación preventiva mediante promotores de salud en las comunidades, y se implementaron acciones colectivas como la adición de flúor y yodo a los alimentos, el saneamiento ambiental que incluyó la disponibilidad de agua potable y alcantarillado, así como la ampliación de la oferta de servicios con la construcción de infraestructura hospitalaria.

Vale la pena resaltar que el Ministerio de Salud era responsable de todas las actividades de saneamiento ambiental, aunque algunas debían ser concertadas con el Ministerio de Agricultura (Ley 9 de 1979).

Además, se puede anotar que el Sistema Nacional de Salud permitió que se crearan, identificaran y organizaran instituciones públicas, privadas y mixtas (instituciones privadas sin ánimo de lucro, denominadas “de caridad” por recibir donaciones del presupuesto público y de particulares) que prestaban y financiaban servicios de atención médica a la población colombiana.

Aunque se lograron avances importantes, debe reconocerse que la cobertura de seguridad social fue insuficiente, pues no se fortalecieron las entidades territoriales para implantar la descentralización, la corrupción en el sector público minó los recursos disponibles, la financiación del sector se consideró ineficiente, el gasto de bolsillo de los ciudadanos amenazaba la estabilidad económica de los hogares, y el derecho a la salud no fue una exigencia clara de los ciudadanos.

En este contexto, en los países de América Latina (incluyendo Colombia) se empezaron a escuchar voces internas y de organismos internacionales que planteaban la necesidad de aumentar la eficiencia y cobertura de la atención en salud para la población (BM, 1993; OPS, 1990).

Como alternativa a la planificación centralizada de la atención en salud, se planteó la descentralización de competencias y de recursos del nivel nacional a las entidades territoriales, además de la autonomía administrativa y financiera de los hospitales.

La descentralización avanzó paulatinamente: inició con la autonomía en la inversión y en el mantenimiento en infraestructura hospitalaria (Ley 12 de 1986, art. 7, y Decreto 77 de 1987, art. 18), el manejo de la atención en salud por niveles de complejidad, la dirección del sistema local de salud y la transferencia de recursos del presupuesto nacional (Ley de 1990); y luego se consolidó mediante su inclusión en la Constitución Política (art. 49), el pago del pasivo prestacional de las instituciones del sector salud, el establecimiento de competencias en salud para las entidades territoriales, la definición de los criterios para la distribución de recursos nacionales a los territorios y la selección de mecanismos de cooperación entre entidades territoriales de desigual desarrollo (principios de subsidiaridad, coordinación, concurrencia y complementariedad) (Cf. Ley 60 de 1993; Jaramillo, 1999).

A manera de síntesis, se puede afirmar que en Colombia empezaron a tomar fuerza algunas ideas (véase tabla 4) que sustentaron la creación de un nuevo sistema de salud para Colombia en 1993.

Tabla 4. Retos para el SGSSS en 1993

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr una cobertura universal: consolidar y ampliar la seguridad social ampliando la cobertura a la familia del trabajador.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avanzar en la organización de las entidades públicas y privadas que prestan servicios de atención en salud.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El aseguramiento y la prestación se debe manejar en un mercado regulado (porque el mercado en salud es imperfecto) para promover la calidad y la eficiencia y disminuir la corrupción. Para esto, se propone aumentar la solidaridad, reorientar los subsidios y evitar la selección por capacidad de pago; esto mejora la eficiencia de un sistema de salud.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La salud es una responsabilidad estatal indelegable a particulares. Se delega la ejecución de tareas y recursos, pero no la responsabilidad.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El uso de nuevas tecnologías y la ampliación de infraestructura sin tener en cuenta criterios económicos genera un aumento indebido en el costo de la atención médica.

Tabla 4. Retos para el SGSSS en 1993 (continuación)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introducir la competencia entre entidades de servicios de salud y la libertad de elección del afiliado como medios para incentivar a las entidades privadas y públicas a ser más eficientes. Mejorar la calidad de atención mediante la utilización eficiente de los recursos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entregar los recursos según presupuestos históricos no estimula la eficiencia; por lo tanto, es conveniente desarrollar mecanismos de asignación que promuevan la eficiencia y reemplazar el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mejor forma de financiar la atención en salud es mediante recaudos ligados al contrato laboral y no recaudos mediante impuestos. Poner este dinero con destinación específica evita que sea objeto de negociación anual y protege los recursos, dando seguridad a empleadores y empleados de que los recursos serán invertidos en salud. El plan de los trabajadores debe ser autofinanciado y debe contribuir a financiar el de las personas carentes de ingresos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir un paquete explícito de beneficios que cubra a todos por igual.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La medicina privada se mantiene a través de planes voluntarios que no eximen de la obligación de cotizar al sistema obligatorio.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El cuidado de la salud y del ambiente es un deber de todo ciudadano.

Fuente: Ministerio de Salud, 1994

Estas ideas se constituyeron en la base para que la atención en salud, la seguridad social y el saneamiento ambiental se entendieran como servicios públicos; también sirvieron para que la atención en salud incluyera promoción, protección y recuperación de la salud; para que se estableciera la atención básica gratuita y obligatoria, el deber de autocuidado de los ciudadanos y la necesidad de acciones intersectoriales para mejorar la salud (Constitución Política de 1991, art. 49).

No obstante, se debe precisar que las ideas de que la salud es un servicio público, que debe existir una atención básica gratuita y obligatoria y la importancia del autocuidado estaban presentes en normas anteriores a la Constitución (Ley 9 de 1979 y Ley 10 de 1990). En la tabla 5 se exponen de manera sintética los principales momentos de la evolución normativa del Sistema de Salud Colombiano.

A continuación se describe el desarrollo de cada uno de estos hitos organizándolos en: autocuidado de los ciudadanos; saneamiento ambiental; y seguridad social y atención en salud. Estas tres responsabilidades son entendidas como pilares en el mejoramiento de salud de la población en Colombia.

Tabla 5. Hitos del desarrollo normativo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia

Año	Hito
1975	Creación del Sistema Nacional de Salud.
1990	Descentralización del SNS.
1991	Nueva Constitución Política.
1993	Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y elaboración de la Declaración Internacional de Promoción de la Salud en Bogotá.
1994	Elaboración del Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud y reglamentación de la participación social.
1996	Se establece la promoción de la salud con orientación intersectorial.
1998	Definición de acciones sectoriales concretas obligatorias para las EPS.
2000	Adopción de normas técnicas y matrices, indicadores y metas de evaluación para el seguimiento de las acciones preventivas obligatorias a cargo de las EPS.
2001	Definición de responsabilidades y recursos de las entidades territoriales.
2003	Creación del Sistema de Protección Social que incluye el Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensiones y riesgos profesionales).
2006	Se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública.
2007	Reforma del SGSSS. Creación del Plan Nacional de Salud Pública y promulgación de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional.
2008	Se elaboran planes territoriales de salud y planes de EPS (que incluyen voluntariamente sistemas de administración de riesgos).

Fuente: elaboración propia

2.2.1.1 Autocuidado de los ciudadanos

En la Ley 100 de 1993 (art. 160), se establece como deber de los afiliados y beneficiarios procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad en consonancia con lo establecido en la Constitución Política. Además, se mantiene vigente lo establecido en el título XII de la Ley 9 de 1979 sobre derechos y deberes relativos a la salud.

2.2.1.2 Saneamiento ambiental

Los temas relacionados con el ambiente pasaron a ser manejados por el Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (Ley 99 de 1993), exceptuando los que tengan un efecto directo sobre la salud. Los ministerios de Ambiente y Salud debían elaborar conjuntamente una política de población que permitiera asentamientos humanos amigables con la ecología (Ley 99 de 1993, art. 5, n. 6).

Estos asuntos ambientales con efectos directos sobre la salud de la población, que quedaron bajo la responsabilidad del entonces Ministerio de Salud, incluyen, entre otras acciones, la verificación de la calidad del agua potable en las viviendas, el control químico de insectos y roedores y la protección frente a riesgos físicos, químicos y biológicos que amenacen la salud de la población.

Las acciones de saneamiento ambiental se ofrecen a la población a través del Plan de Atención Básica que se financia con recursos públicos, como se explicará más adelante. A su vez, cabe mencionar que el Código Sanitario Nacional (Ley 9 de 1979) ha sido reglamentado por una gran cantidad de decretos y resoluciones.

2.2.1.3 Seguridad social y atención en salud

La Ley 100 de 1993 reglamenta la atención en salud estipulada en la Constitución; para ello, establece el Plan Obligatorio de Salud –POS–, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud –EPS–, que incluye acciones de atención en salud individuales y el Plan de Atención Básica –PAB– (a partir del 2007 se denomina Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas [PSPIC]) que está integrado por las acciones de saneamiento ambiental y la atención básica obligatoria a cargo de las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios).

Es necesario mencionar que la atención básica incluye acciones colectivas e individuales de alta externalidad. Para ilustrar el concepto de externalidad, se puede plantear el siguiente ejemplo: si una persona recibe un tratamiento contra la tuberculosis tiene un efecto “externo” que va más allá de lo individual, pues esto evita contagiar a su familia. Este efecto “externo” es crucial para entender el límite entre el POS y el PSPIC.

Al establecer reiteradamente que estos planes de beneficios deben ser complementarios, la normativa vigente refuerza la idea del trabajo colaborativo que debe existir entre las EPS y las entidades territoriales (Ley 100, art. 165, y Ley 1122 de 2007, art. 33). A continuación se describen estos dos planes de beneficios: el PSPIC y el POS.

Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas

Es importante aclarar que la atención básica gratuita, establecida en la Constitución Política, se brinda desde el año 2007 a través del PSPIC (antiguo PAB) con cargo a las entidades territoriales y se financia con recursos del Gobierno Nacional y de los entes territoriales. También conviene recordar, como se mencionó, que el PAB complementa las acciones de saneamiento ambiental a cargo de las entidades territoriales y las del POS a cargo de las EPS (Ley 100 de 1993, art. 165).

Se necesitaron varios años antes de precisar los aspectos operativos para la apropiada implementación del PAB en las entidades territoriales. La reglamentación del PAB inició con la Resolución 4288 de 1996 y luego con la Circular 018 de 2004 y tuvo como pilares las acciones de control de los factores de riesgo del ambiente (saneamiento ambiental), las de vigilancia y control epidemiológico de enfermedades transmisibles potencialmente epidémicas y las de prevención de eventos de interés en salud pública (véase tabla 6).

A partir de la Ley 1122 de 2007, el PAB pasó a denominarse Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PSPIC–, y mantiene su orientación a incluir actividades, dirigidas a individuos o colectividades, que generen altas externalidades y complementen las acciones preventivas del POS. La financiación del PSPIC sigue estando a cargo del Estado, vía impuestos (Ley 1122 de 2007, art. 33) distribuidos a través del Sistema General de Participaciones.

Se debe tener en cuenta que algunas entidades territoriales organizan la prestación del PSPIC siguiendo los postulados de la atención primaria en salud, según lo establecido en la Ley 1122 de 2007. En dicha ley se definen los tres modelos de atención en Colombia: atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria y atención domiciliaria (Ley 1122 de 2007, art. 33, lit. i).

Tabla 6. Actividades incluidas en el Plan de Atención Básica (hasta el año 2008)

Línea de política	Actividad
Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La salud integral de los niños, niñas y adolescentes; de las personas en la tercera edad; de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía. ▪ La salud sexual y reproductiva. ▪ La violencia, con énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica. ▪ La exposición al tabaco y al alcohol. ▪ Las condiciones sanitarias del ambiente. ▪ La información pública acerca de los deberes y derechos de la población en el SGSSS y el uso adecuado de los servicios de salud. ▪ La acción comunitaria y la participación social por medio de las organizaciones o alianzas de usuarios y veedurías ciudadanas.
Prevención de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar tamizajes en salud visual en niños y niñas escolares menores de 12 años, en establecimientos públicos y de beneficencia, y coordinar el acceso de la población con sospecha de alteraciones a las entidades pertinentes para el diagnóstico definitivo y el tratamiento oportuno. ▪ Aplicar la vacuna antirrábica a los perros y gatos, y garantizar coberturas útiles.
Otras acciones para orientar a la población hacia la prevención y la detección precoz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar a la población que no haya sido cubierta por estas acciones preventivas. ▪ Orientar a la población identificada en riesgo, o no cubierta por estas acciones preventivas, para que accedan a los servicios de prevención primaria y detección precoz en las instituciones a que tienen derecho en el SGSSS. ▪ Realizar el seguimiento a las poblaciones que son atendidas en los servicios de detección precoz hasta lograr el diagnóstico definitivo y tratamiento oportuno.

Tabla 6. Actividades incluidas en el Plan de Atención Básica (continuación)

Línea de política	Actividad
Vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La calidad sanitaria del agua de consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos fluviales, marítimos, aéreos y terrestres de la localidad. ▪ Los vectores que generen riesgo para la salud pública. ▪ La recolección y análisis de la información de las enfermedades o eventos sujetos a control. ▪ Los factores de riesgo a que esté expuesta la población, especialmente los del sector informal de la economía y los trabajadores independientes. ▪ La prevención de las siguientes enfermedades: inmunoprevenibles, tuberculosis, meningitis bacterianas, fiebre reumática, lepra, enfermedades de transmisión sexual, HIV/SIDA, cólera, rabia, hepatitis B, C y delta. ▪ La búsqueda activa de casos y contactos de las enfermedades enumeradas en el punto anterior, y la remisión de los casos presuntivos a los servicios de diagnóstico y tratamiento. ▪ Investigación y control de brotes y epidemias.

Fuente: Resolución 4288 de 1996, arts. 9-12.

Se debe recordar también que mediante la Ley 715 de 2001 se cedió transitoriamente a las entidades territoriales el 4,01% de la Unidad de Pago por Capitación de las EPS del régimen subsidiado, con el propósito de comprobar si las entidades territoriales podían alcanzar mejores resultados que las EPS.

La evaluación no resultó favorable a las entidades territoriales (Asa-lud –CCRP-BDO, 2004) y las actividades fueron devueltas en su totalidad a las EPS del régimen subsidiado con la obligación de contratar esas actividades con las IPS públicas (Ley 1122 de 2007, art. 14, lit. f.) y la prohibición a las entidades territoriales de prestar directamente servicios asistenciales (Ley 1122 de 2007, art. 31).

Al ejecutar el PAB, las entidades territoriales han afrontado algunas situaciones adversas (véase tabla 7).

Tabla 7. Factores que dificultan la gestión de los entes territoriales

Tipo factor	Factor limitante
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendencia a reducir la planta de personal de las entidades territoriales según políticas de modernización del Estado; esta actividad está a cargo del Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP–. ▪ Recursos financieros limitados girados por el Sistema General de Participaciones (800 municipios reciben anualmente 20 millones de pesos o menos para acciones de promoción y prevención a sus habitantes). ▪ Alta rotación del talento humano en los territorios. ▪ Capacitación insuficiente del talento humano del país en temas de promoción y prevención.
Presión social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor presión de los ciudadanos a medida que las necesidades de la población aumentan y los mecanismos de participación se fortalecen.
Marco legal y operativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiplicidad de disposiciones legales sobre contratación con recursos públicos que demoran la ejecución presupuestal. ▪ Factores políticos y de orden público que enturbian la transparencia y eficiencia en el manejo de los recursos. ▪ Dificultades para fortalecer la capacidad de las entidades territoriales derivadas de contradicciones entre normas vigentes. ▪ Asistencia técnica por parte del nivel nacional que algunas veces puede resultar contradictoria, desarticulada e inoportuna, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de la Protección Social por estandarizar, armonizar y optimizar la asistencia técnica.

Fuente: elaboración propia a partir de la experiencia personal en labores de asistencia técnica para los departamentos y distritos durante la formulación de planes territoriales en los años 2008 y 2009.

Plan Obligatorio de Salud

El POS debe proteger a las familias con ocasión de la maternidad y de la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para incentivar las actividades de promoción y prevención, con la Ley 100 de 1993 se adoptaron modalidades de contratación y pago, mecanismos de agrupamiento de riesgo (arts. 162 y 179; Decreto 1485 de 1994; Decreto 723 de 1997) y se destinaron recursos de la “Subcuenta Promoción de la Salud” del Fosyga para la financiación de las actividades de la prevención primaria (componentes de educación, información y fomento de la salud), secundaria y terciaria de la enfermedad (Ley 100 de 1993, art. 222).

Los contenidos del POS son desarrollados en el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (Res. 5261 de 1994), que incluye actividades intra y extramurales del primer nivel de atención (actividades de información, educación y comunicación, de protección específica, detección temprana y control de algunas enfermedades); para esto, el Ministerio de la Protección Social debía elaborar “guías de atención integral” de obligatorio cumplimiento (Res. 5261 de 1994, art 102), que fueran complementarias al PAB (hoy PSPIC) (véase tabla 8).

Tabla 8. Actividades intra y extramurales definidas por el Ministerio en la Resolución 5261 de 1994

▪ Crecimiento y desarrollo
▪ Estimulación al desarrollo
▪ Valoración de agudeza visual y auditiva
▪ Citología oncológica o tumoral
▪ Planificación familiar
▪ Prevención oral
▪ Educación alimentaria individual y comunitaria
▪ Control prenatal
▪ Control del paciente con enfermedad diarreica aguda
▪ Control del paciente con hipertensión arterial
▪ Control del paciente con infección respiratoria aguda
▪ Control del paciente con enfermedades de transmisión sexual
▪ Educación para la salud en escolares y madres
▪ Programas de desparasitación escolar
▪ Programas de control de riesgos coronarios
▪ Otras que se establezcan para tal fin

Fuente: Resolución 5261 de 1994

En la reglamentación (vigente hasta la fecha) también se estableció que el médico era el encargado de fijar las pautas para la promoción y prevención, pues en la consulta médica (que debe durar como mínimo veinte minutos) del primer nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud (art. 97). Todo afiliado y su familia debían adscribirse a una IPS cercana a su sitio de residencia (Res. 5261 de 1994, art. 3); y si padecía una enfermedad incluida en las “guías de atención integral”, debía inscribirse en ellas y seguir sus recomendaciones (art. 6).

El Acuerdo 33 de 1996 destinó los recursos de la “Subcuenta Promoción de la Salud” del Fosyga para financiar actividades preventivas de las EPS y les reconoció un valor anual por afiliado. Las EPS diseñaban y ejecutaban planes preventivos sin necesidad de aprobación previa del Ministerio de la Protección Social, aunque este podía solicitar información en cualquier momento para verificar el estado de ejecución del plan presentado.

Algunos de los criterios de elaboración de estos planes eran: responder a problemas prioritarios del perfil epidemiológico de la población afiliada, complementar intervenciones con otros planes de atención y contribuir efectivamente a evitar la enfermedad en grupos de alto riesgo.

Posteriormente, la Resolución 3997 de 1996 estableció normas técnicas de obligatorio cumplimiento para todos los actores del SGSSS enfocadas a programas preventivos (no de promoción de salud ni intersectoriales). En este sentido, definió, por un lado, la promoción de salud como salud positiva con acciones intersectoriales y de autocuidado y, por otro lado, la prevención de enfermedades como control de riesgos biológicos, ambientales y comportamentales. En esta resolución también se definieron 11 actividades prioritarias denominadas programas y se estableció el reporte de informes trimestrales y anuales de ejecución de planes y recursos al Ministerio de Salud, que podía ordenar la suspensión de la ejecución y la devolución al Fosyga de los recursos no ejecutados.

Dos años después de expedidos el Acuerdo 33 y la Resolución 3997, fueron derogados y reemplazados por el Acuerdo 117 de 1998 que estableció que el Ministerio se encargaría de expedir normas técnicas de detección temprana, protección específica y guías de atención de enfermedades de interés en salud pública.

De esta manera, se cambiaron las temáticas y dejaron de denominarse programas. Se reemplazaron las acciones de modificación de factores de riesgo, la detección precoz de la lepra y de las alteraciones de la agudeza visual y la orientación para la invalidez y la enfermedad terminal, por acciones para la detección temprana por grupos de edad, la detección del maltrato y el control de la leishmaniasis.

Mediante la Resolución 412 de 2000 se adoptaron las Normas Técnicas elaboradas por el Ministerio. Igualmente esta fue modificada por la Resolución 3384 de 2000 en la cual se corrige que algunas actividades incluidas en las Normas Técnicas no estaban incluidas en el POS o afectaban la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación; además, se ajustaron metas de cumplimiento diferentes para los regímenes contributivo y subsidiado, se establecieron indicadores con ficha técnica y se definió el flujo de información para el reporte y seguimiento al cumplimiento de tales normas.

Hasta este punto de la evolución de la estructura y funcionamiento del SGSSS se puede afirmar que se ha consolidado una manera de entender la atención en salud, la seguridad social y el saneamiento ambiental establecidos en la Constitución Política.

A partir de la descripción del SGSSS expuesta, es posible plantear las tensiones que se han generado en la forma de entender la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Tales tensiones se manifiestan en las siguientes situaciones:

1. Las EPS se denominan Entidades Promotoras de Salud, aunque su labor es preventiva y educativa, y no promocional en sentido estricto. Asimismo, la “Subcuenta Promoción de la Salud” del Fosyga financia actividades preventivas y educativas.
2. Las entidades territoriales tienen una población ligada a su territorio, mientras que las EPS reciben afiliados que no comparten el mismo territorio.

3. Las entidades territoriales tienen la posibilidad de modificar los determinantes de la salud mediante acciones intersectoriales lideradas por alcaldes y gobernadores a través los planes territoriales de salud (que forman parte de los planes de desarrollo territorial), pero al momento de financiar las acciones de promoción y prevención por el Sistema General de Participaciones están limitadas por la relación de acciones planteada en la reglamentación que define la metodología para elaborar los planes territoriales de salud (Res. 425 de 2008, art. 17). A su vez, las EPS tienen la posibilidad de elaborar programas orientados a resultados en salud según las necesidades de su población, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007, pero al momento de ser evaluadas pueden ser sancionadas por incumplir las metas y actividades establecidas como obligatorias en la Resoluciones 412 y 3384 de 2000.
4. Las entidades territoriales son instituciones públicas con restricciones impuestas por las normas de la administración y contratación públicas y las limitaciones para ampliar su planta de personal, mientras que las EPS no tienen tantas limitaciones ni restricciones por su carácter de entidades privadas, pero están sujetas a las limitaciones que impone la administración simultánea de recursos para prevenir y atender las enfermedades.
5. Las entidades territoriales deben ofrecer un plan de beneficios (PSPIC) que incluye 42 actividades, mientras que las EPS deben presentar un plan de beneficios (POS) de 56 actividades. Las EPS y las entidades territoriales dispersan sus esfuerzos intentando cumplir con todas las actividades establecidas en el POS y en el PSPIC.

Estas tensiones han conllevado a que en la práctica las actividades preventivas sean realizadas con poco desarrollo de la complementariedad entre el POS y el PSPIC, sin fortalecer el autocuidado como un deber de los ciudadanos, con debilidades en la planeación y evaluación de actividades orientadas a resultados en salud y desarticulación entre los actores del SGSSS.

Estas tensiones son síntomas de una oportunidad para mejorar el SGSSS y para construir una visión compartida sobre la forma de enten-

der en Colombia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; a partir de esto, se podrán tender puentes de confianza, superar falsos dilemas, definir responsabilidades, establecer resultados, identificar actividades costo-efectivas, asignar recursos, informar y motivar a los ciudadanos, generar y compartir información, obtener ganancias en salud, consolidar la sostenibilidad financiera del SGSSS y lograr que la población colombiana se sienta protegida porque el SGSSS cristaliza lo pactado en la Constitución Política.

2.2.2 Aproximaciones a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad en el SGSSS

De acuerdo con la descripción de la evolución, estructura y funcionamiento del SGSSS esbozada anteriormente, es posible detectar dos aproximaciones que ha construido el SGSSS para comprender la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el período de dos décadas:

- Una mirada restringida a lo sectorial, de corto plazo y más ligada al pensamiento preventivo, en la que la promoción y la prevención son etapas consecutivas.
- Una mirada intersectorial, de largo aliento y orientada al bienestar (Res. 3997 de 1996 y Decreto 3039 de 2007), en la que la promoción y la prevención son procesos distintos.

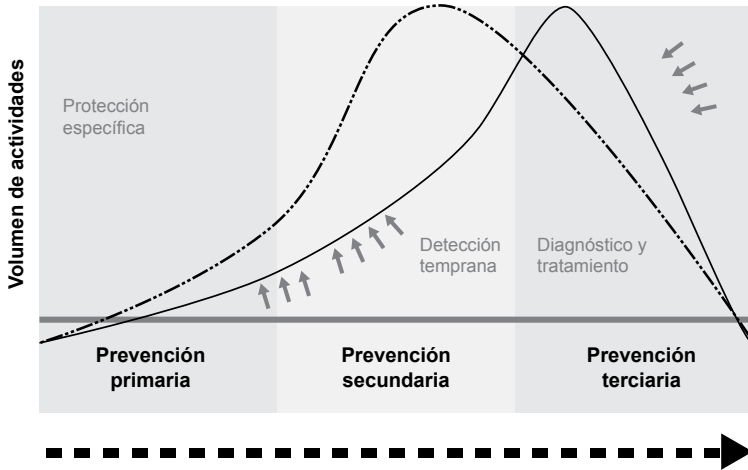
2.2.2.1 Aproximación 1. Promover y prevenir como etapas consecutivas

Esta forma de concebir la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se caracteriza por: definir la salud como ausencia de enfermedad, fundamentarse en la historia natural de la enfermedad, considerarlas como etapas consecutivas de la atención médica y concebir la promoción de la salud como el suministro de información sobre hábitos saludables.

En esta aproximación, prevenir enfermedades es suficiente para promover la salud (población sin enfermedad), y el objetivo es aumentar las actividades de protección específica y de detección temprana de enfermedades que aún no presentan signos o síntomas, con el propósito

de reducir en el futuro la ocurrencia de complicaciones o muertes evitables. Gráficamente, esta aproximación se expresa en la figura 9.

Figura 9. Propósito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como etapas consecutivas



Fuente: elaboración propia partir del documento de trabajo: "Reorientación de los servicios de salud" de la V Conferencia Global de Promoción de la Salud.

2.2.2.2 Aproximación 2. Promover y prevenir como procesos distintos

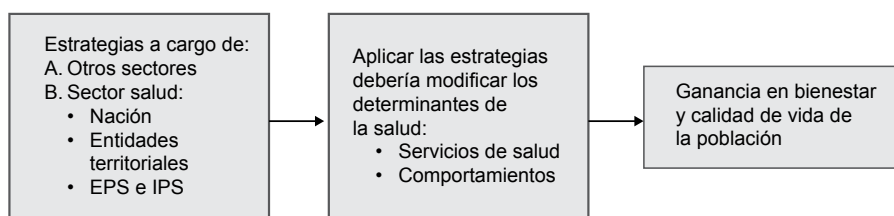
Al concebir el Plan Nacional de Salud Pública, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como procesos distintos, implícitamente se define la salud como una búsqueda de bienestar; de esta manera, se entiende la salud desde una perspectiva positiva que supera la ausencia de enfermedad. Asimismo, promover la salud requiere acciones intersectoriales porque va más allá de la atención que brindan los servicios de salud. En esta aproximación, prevenir enfermedades no es suficiente para promover la salud (población con más bienestar y calidad de vida).

Es importante recordar que en 1996 se había adoptado esta misma forma de entender la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En esa ocasión, se dio un paso atrás y se descartó porque existían motivaciones que hacían difícil que la promoción de la salud tuviera mayor desarrollo en Colombia.

En el 2007, esta aproximación intersectorial, de largo plazo y orientada al bienestar, vuelve a recuperarse en la línea de política de promoción de la salud y calidad de vida del Plan Nacional de Salud Pública adoptado por el Decreto 3039 de ese mismo año. Para implementarla, el Ministerio de la Protección Social estableció en el Plan Nacional de Salud Pública la promoción de la salud como una línea de política separada de la prevención de los riesgos, como se explicará a continuación.

En esa línea de política se definen estrategias intersectoriales y sectoriales para incidir en los determinantes de la salud (definidos según lo establecido en uno de los tres enfoques del Plan Nacional) para mejorar el bienestar y la calidad de vida (véase figura 10).

Figura 10. Secuencia de acciones esperadas en la línea de promoción de la salud según el Plan Nacional de Salud Pública



Fuente: elaboración propia

Según el Ministerio de Salud de la época, estas motivaciones fueron:

Los profesionales en salud subestiman las actividades preventivas y comunitarias y se resisten a valorar como interlocutores legítimos a los líderes políticos y a las comunidades... y los tomadores de decisión buscan metas de corto plazo con poca incertidumbre y evitan continuar con los programas y planes de la administración anterior.

Por lo tanto, para superar esas motivaciones y lograr una mejor aceptación de las actividades de promoción de la salud, el Ministerio de Salud en 1996 decide establecer acciones de promoción que tengan beneficios rápidos, eficaces y comprobables y considera que el sector salud debe realizar actividades preventivas privilegiando las acciones de prevención primaria porque genera mayor bienestar (MS, 1996).

A manera de ejemplo, si se aplicara la secuencia arriba planteada a promover la actividad física como una actividad que mejora el bienestar de la población colombiana, se podrían plantear las siguientes estrategias a cargo de otros sectores (tabla 9).

Tabla 9. Ejemplo de responsabilidades institucionales para fomentar actividad física a nivel intersectorial

Entidad de otro sector	Estrategia
Congreso de la República	Promulgar leyes para promover la actividad física.
Presidente de la República	Liderar las políticas de fomento a la actividad física en el escenario del Plan Nacional de Desarrollo, y destinar recursos a su ejecución.
Ministerio del Interior	Aumentar la percepción de seguridad en los ciudadanos cuando utilicen los parques.
Ministerio de Ambiente y Vivienda	Proporcionar viviendas con zonas verdes.
Ministerio de Comercio	Disminuir aranceles a la fabricación e importación de bicicletas.
Ministerio de Cultura	Preservación de costumbres que promuevan la actividad física en grupos étnicos.
Ministerio de Transporte	Incluir ciclorrutas y vías peatonales en el desarrollo vial.
Ministerio de Educación	Promover la actividad física en estudiantes y docentes.
Universidades	Formación de talento humano en salud que promueva y practique actividad física.

Fuente: elaboración propia

Continuando con el ejemplo, si se aplicara la secuencia planteada a promover la actividad física como una actividad sectorial se podrían plantear, entre otras, las siguientes estrategias:

Tabla 10. Ejemplo de responsabilidades institucionales para fomentar actividad física a nivel sectorial

Entidad del sector	Estrategia
Ministerio de la Protección Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reglamentar la legislación adoptada por el Congreso. ▪ Generar incentivos y definir responsabilidades para los actores del SGSSS. ▪ Elaborar normas técnicas con indicadores de evaluación. ▪ Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales. ▪ Hacer seguimiento al cumplimiento de las normas por los actores del SGSSS y de las acciones intersectoriales.
Entidades territoriales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoptar y adaptar las políticas nacionales de actividad física (intersectoriales y sectoriales) en su territorio.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir en el Plan Territorial de Salud (en el PSPIC) acciones en salud para impulsar la actividad física. ▪ Invertir los recursos destinados para actividad física en su territorio.
EPS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educar a los afiliados acerca de los beneficios de realizar actividad física frecuente.
ARP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar la actividad física en los trabajadores afiliados.
Empresarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar la actividad física en los trabajadores.
IPS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar acciones educativas con calidad sobre actividad física.
Profesionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconsejar a los pacientes realizar actividad física basándose en la mejor evidencia disponible.
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidar su salud personal, la de su familia y la del ambiente. ▪ Participar en las decisiones legislativas y gubernamentales.

Fuente: elaboración propia

2.3 ¿Cuáles son los aportes y las responsabilidades en el SGSSS para promover la salud y prevenir la enfermedad?

Para responder esta pregunta, conveniente hacer tres aclaraciones:

- El Sistema de Atención en Salud en Colombia (Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-) tiene como premisa la especialización de funciones de las entidades.
- Generar salud y mantenerla son responsabilidades distintas que requieren aproximaciones diferentes, aunque complementarias.
- Es necesario analizar tanto la responsabilidad asignada a cada institución como las interacciones entre ellas.

Una vez establecidas estas premisas, se pueden describir los aportes de las diferentes entidades en recursos y responsabilidades para lograr el cumplimiento de los propósitos establecidos en la Constitución Política y en el marco jurídico vigente en Colombia (descritos en páginas anteriores).

2.3.1 Aportes para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

En Colombia, la salud se genera y se mantiene con el aporte de muchas instancias; entre las que se destacan: las instituciones responsables de brindar atención en salud y de regular y modular la atención que se brinda; sectores distintos al sector salud; el autocuidado (denominado corresponsabilidad en la Ley 1438 de 2011) y la participación social de la ciudadanía. Conviene precisar que las instituciones responsables de brindar a la población los planes de beneficios son las EPS y las entidades territoriales.

Para decirlo en un solo párrafo, se puede afirmar que la prestación de las actividades individuales establecidas en el POS (a cargo de las EPS) al complementarse con las actividades colectivas e individuales de alta externalidad contenidas en el PSPIC (a cargo de entidades territoriales), sumadas al autocuidado de los ciudadanos y a las políticas públicas saludables intersectoriales permiten que se obtengan ganancias en salud para toda la población colombiana.

Sin embargo, en aras de la precisión, es necesario añadir que en el caso de las EPS se requiere la gestión del modelo de atención y prestación con un enfoque de gestión del riesgo de enfermar, según lo establece la normativa vigente (Ley 1122 de 2007, art. 14), mientras que en el caso de las entidades territoriales se gestiona el PSPIC con un enfoque territorial que combina las necesidades de la población, las características ambientales y socioeconómicas del territorio y los recursos con que cuentan las instituciones que funcionan en ese territorio.

Para que estos planes de beneficios mencionados (POS y PSPIC) impacten positivamente la salud de la población deben ser brindados con calidad, sostenibilidad, equidad, eficiencia, efectividad e integridad y ser complementarios entre sí. Estos atributos en los planes de beneficios requieren el esfuerzo de las IPS públicas (denominadas Empresas Sociales del Estado) y privadas, pues son ellas las que ejecutan las acciones del POS y del PSPIC al ser contratadas por las EPS y las entidades territoriales, respectivamente.

Como se mencionó, el POS y el PSPIC incluyen acciones preventivas individuales y colectivas que buscan el mejoramiento de las condiciones de salud de los ciudadanos y grupos poblacionales. En la tabla 11 se ilustran similitudes y diferencias entre el PSPIC y el POS.

Además del aporte de las EPS, de las entidades territoriales y de las IPS públicas y privadas, es necesaria la participación de entidades nacionales que regulen el SGSSS y velen por que se cumplan los preceptos establecidos en la Constitución y en la legislación vigente. Entre esas entidades nacionales que regulan y modulan el SGSSS, se encuentran el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud –CRES– y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS–. Estas tres entidades, cuyos aportes pueden ser sectoriales e intersectoriales, como se explicará más adelante, cuentan con el apoyo de la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

El aporte de estas tres entidades moduladoras al sector salud es una gestión técnica, administrativa y financiera orientada a: mejorar

Tabla 11. Comparación entre el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y el Plan Obligatorio de Salud

Función	PSPIC	POS
Definido por	Ministerio de la Protección Social	Comisión de Regulación en Salud
A cargo de	Departamentos, distritos y municipios (entidades territoriales)	Entidades Promotoras de Salud para afiliados al SGSSS Entidades territoriales para población no afiliada
Ejecutado por	IPS públicas (Empresas Sociales del Estado)	IPS públicas y privadas
Seguimiento a cargo de	Ministerio de la Protección Social	
Incumplimiento sancionado por	Superintendencia Nacional de Salud	

Fuente: elaboración propia

la salud de la población; mejorar el bienestar y la calidad de vida en los territorios; identificar y modificar la ocurrencia de las enfermedades en la población afiliada a las EPS; evitar efectos adversos producidos por la atención brindada por las IPS públicas y privadas y superar oportunamente las situaciones de emergencia.

Para lograr que la gestión en el sector salud alcance los aportes mencionados, estas entidades moduladoras se esfuerzan por establecer normas claras y estables que permitan articular actividades, contar con recursos oportunos y suficientes, facilitar flujos de información confiable, disponer de apropiadas relaciones comerciales y apoyar la consolidación de capacidades en los actores del SGSSS mediante asistencia técnica.

En síntesis, las entidades moduladoras lideran en el sector salud la articulación interinstitucional (entre las entidades territoriales, EPS e IPS), bajo el liderazgo de las autoridades sanitarias territoriales en temas relacionados con aseguramiento, calidad en la prestación de servicios, manejo de emergencias y desastres, promoción social y salud pública.

El aporte intersectorial de las entidades moduladoras mencionadas consiste en abogar ante otros sectores (como educación, transporte, vivienda, ambiente, comercio) para que ayuden a modificar los determinantes de la salud de la población que están fuera del alcance de las entidades del sector salud.

Un ejemplo de aporte intersectorial a la salud de una población podría ser el mejoramiento de la salud materna e infantil; esto se podría lograr si se mejora el nivel educativo, si hay disponibilidad de agua potable, si se facilita la lactancia y el cuidado de los niños en las empresas donde trabajan las madres, si se mejora la remuneración laboral, si se reduce el tiempo de viaje hasta los centros de atención médica y si se mejora la disponibilidad, valor nutricional e inocuidad de los alimentos.

El aporte de otros sectores para impactar positivamente la salud se concreta en políticas públicas intersectoriales adoptadas por el Consejo Nacional de Política Económica y Social –Conpes–, que tengan como elementos centrales la gestión económica y ambiental sostenible, la evaluación y mitigación del impacto de las políticas, programas y proyectos sobre la salud de la población y la generación de recursos humanos, financieros y tecnológicos para generar y mantener la salud.

La suma de los aportes de las instituciones responsables de financiar y ejecutar la atención en salud, de las entidades encargadas de regular el SGSSS, de los aportes de sectores distintos al sector salud y del autocuidado y la participación social de la ciudadanía hacen posible que se obtengan los resultados esperados de cualquier sistema de salud en el mundo.

De acuerdo con Frenk y Murray (2000, pp. 717-731), los sistemas de salud en el mundo están orientadas a:

Obtener ganancia en salud distribuida con equidad entre los ciudadanos, lograr satisfacer las expectativas de los ciudadanos con igualdad y obtener el financiamiento para el funcionamiento del sector sin profundizar las desigualdades sociales.

Para lograr los resultados esperados, todas las instituciones mencionadas deben orientar sus esfuerzos en una misma dirección, sincronizar la ejecución de sus actividades, compartir información confiable

de manera oportuna y contar con incentivos que estimulen el logro de resultados en salud.

2.3.2 Responsabilidades en promoción de la salud y prevención de la enfermedad

La legislación vigente en Colombia ha esbozado, de manera paulatina, algunas funciones claves asignadas a diferentes instituciones. Aunque no aparecen claramente delimitadas, a continuación se mencionan algunas que resultan evidentes al examinar cuidadosamente el marco legal.

2.3.2.1 Planeación

Un aporte importante de la Ley 1122 de 2007 consistió en alinear a los actores del SGSSS utilizando un referente único orientado a resultados, gracias a una acertada comprensión de la interacción sinérgica que debe existir entre las múltiples instituciones que se interrelacionan para lograr impactos positivos en la salud de los colombianos.

Este referente es el Plan Nacional de Salud Pública, que debe estar vinculado al Plan Nacional de Desarrollo (que el Congreso de la República le aprueba al Presidente de la República cada cuatro años) y que debe tener en cuenta las políticas nacionales intersectoriales establecidas por el Consejo Nacional de Política Económica y Social –Conpes–, los compromisos internacionales y las responsabilidades y recursos de los actores del SGSSS definidos en la legislación vigente.

Para hacer posible la alineación, se establece que las entidades territoriales y las EPS deben elaborar sus planes teniendo en cuenta el Plan Nacional de Salud Pública como documento de referencia (Ley 1122 de 2007, art. 33, par. 2). Lamentablemente no se incluyeron en este lineamiento las IPS, instituciones fundamentales para la ejecución del plan y factor crítico para la planeación en salud.

En el caso de las entidades territoriales, el proceso de planeación tiene las siguientes particularidades:

- a. El Plan Territorial de Salud está ligado al Plan de Desarrollo Territorial (que la Asamblea Departamental o el Concejo Municipal le

aprueban al Gobernador y al Alcalde, respectivamente, cada cuatro años) siguiendo lo establecido en la Ley 152 de 1994. El Plan de Desarrollo Territorial es intersectorial (organizado en seis grandes temas denominados “dimensiones”) y el Plan Territorial de Salud es sectorial y forma parte de la “dimensión social” junto con educación y servicios públicos.

- b. El Plan Territorial de Salud está conformado, a su vez, por cuatro planes (dos planes a cuatro años y dos planes anuales).
 - El Plan Indicativo de Salud Territorial y el Plan Plurianual de Inversiones tienen una duración de cuatro años y se elaboran siguiendo una metodología definida en la Resolución 412 de 2000. Es importante resaltar que la Resolución 425 de 2008, art. 6, plantea seis ejes programáticos (salud pública, riesgos profesionales, emergencias y desastres, aseguramiento, prestación de servicios y promoción social) que no aparecen en el Plan Nacional de Salud Pública. Estos ejes surgen porque las Direcciones del Viceministerio de Salud y Bienestar del Ministerio de la Protección Social no se veían adecuadamente reflejadas en el Plan Nacional de Salud Pública.
 - El Plan Operativo Anual de Acciones en Salud y el Plan Operativo Anual de Inversiones tienen una metodología que incluye la asesoría del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud – CTSSS–.
- c. Para ubicar el PSPIC de un territorio es necesario tener presente que está incluido en el Plan Territorial de Salud en el eje programático de salud pública en las áreas subprogramáticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Res. 425 de 2008, Tít. IV).
- d. Una vez aprobados los cuatro planes que conforman el Plan Territorial de Salud, la ejecución solo puede iniciarse previa inscripción en el Banco de Proyectos de Inversión del Departamento Nacional de Planeación de los proyectos que respaldan la ejecución de los recursos siguiendo una metodología especial denominada Metodología General Ajustada –MGA–.

- e. Si es necesario modificar los planes aprobados, se deben volver a presentar a aprobación siguiendo el procedimiento definido por la Ley 152 de 1994. En la práctica, no es fácil que un gobernador o un alcalde quieran públicamente justificar ante la Asamblea o el Concejo que se cometieron errores involuntarios durante la elaboración.
- f. Para ejecutar los recursos presupuestados, se debe contratar obligatoriamente con las IPS públicas; antes de girar recursos, la cuenta bancaria de destino debe estar previamente inscrita y reportada al Ministerio en cumplimiento de las disposiciones legales que regulan el manejo de las cuentas maestras conocidas como Fondos Locales de Salud (Res. 3042 de 2007, 4204 de 2008, 991 de 2009 y 1805 de 2010).
- g. Utilizar los recursos para una destinación distinta a la presupuestada o tomarlos de una fuente distinta constituyen delitos tipificados en la Ley Penal Colombiana (Ley 190 de 1995 y Ley 599 de 2000). Por ejemplo, si se llegaran a acabar las vacunas, sería un delito comprarlas en vez de comprar los medicamentos incluidos originalmente en el presupuesto; también es delito no usar el dinero de recursos propios sino el del Sistema General de Participaciones si esa era la fuente definida en el presupuesto. Estas restricciones exigen a las entidades un mayor esfuerzo en materia de planeación, con el propósito de prever los rubros que se requieren. Es importante aclarar que existe la posibilidad de realizar transferencias de un rubro a otro cuando exista una situación imprevista que así lo amerite; para esto, se deberán cumplir los procedimientos establecidos en la normativa vigente para tal fin.
- h. Aunque la rendición de cuentas y la participación ciudadana son obligatorias en el proceso de planeación territorial, el largo aliento de un proceso de participación efectiva no siempre puede ser sincronizado con los plazos perentorios definidos por la Ley 152 de 1994.
- i. La legislación colombiana le plantea al funcionario público el dilema de respetar las restricciones establecidas con el propósito de preservar la transparencia en el manejo de los recursos públicos, actuar con la celeridad requerida para responder a las necesidades de los ciudadanos y, simultáneamente, responder oportunamente todos los requerimientos de las autoridades y de los ciudadanos.

En el caso de las EPS, su plan de salud es el instrumento que les permite articularse con el Plan Nacional de Salud Pública. La metodología definida por el Ministerio para que las EPS elaboren sus planes de salud aún no ha sido adoptada oficialmente mediante acto administrativo; sin embargo, las recomendaciones emitidas por el Ministerio plantean un “plan indicativo” a cuatro años con proyección presupuestal por prioridades nacionales que incluye cinco ejes programáticos (excepto riesgos profesionales). Este plan indicativo se expresa en un plan anual de acción. La competencia de este plan de salud siempre se encuentra enmarcada en las obligaciones y competencias de la EPS, incluyendo la definición de prestaciones de salud del POS.

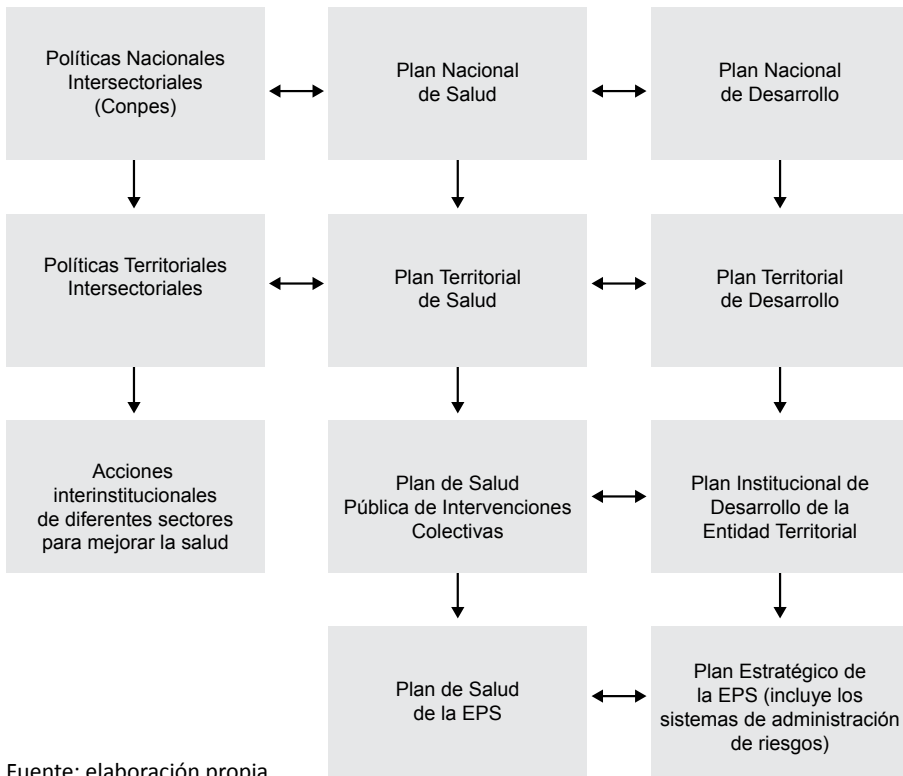
Por su parte, el Ministerio tiene pendiente, por un lado, la clarificación de la conexión entre el plan de salud de las EPS y las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y demanda inducida adoptadas por la Resolución 412 de 2000 y, por otro lado, la gestión del riesgo como función indelegable de las EPS, que se puede expresar en programas de promoción y prevención orientados a resultados para sus afiliados (Ley 1122 de 2007, art. 14).

Aunque la Ley 1122 de 2007 no incluyó a las IPS, sería deseable que las IPS que brindan a la población acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tuvieran que alinear sus planes estratégicos con el Plan Nacional de Salud Pública para estar en mejores condiciones de ejecutar el POS y el PSPIC; esto facilitaría que la nación, las entidades territoriales y las EPS alcancen las metas establecidas en sus respectivos planes de salud nacionales, territoriales e institucionales.

A manera de conclusión, la figura 11 presenta un gráfico que esboza las interacciones entre los múltiples planes mencionados y cómo el Plan Nacional de Salud Pública sirve como referente para articularlos.

Si se tiene en cuenta que el Plan Nacional Salud Pública tiene como objetivo “la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar” (Ley 1122 de 2007, art. 33), es posible concluir que la formulación de los planes de las EPS y de las

Figura 11. Alineación entre planes para articular las entidades del SGSSS



Fuente: elaboración propia

entidades territoriales debe orientarse hacia la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

No obstante, una oportunidad para mejorar la planeación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es definir en el SGSSS los mecanismos que garanticen la complementariedad entre las actividades de los dos planes de beneficios (POS y PSPIC) al elaborar los planes territoriales de salud y los planes de salud de las EPS. Hasta el momento este mecanismo no ha sido expresamente establecido en la normativa vigente.

2.3.2.2 Ejecución

El Ministerio de la Protección Social se encarga de ejecutar el Plan Nacional de Salud Pública en asuntos relacionados con la gestión in-

tersectorial y con la orientación técnica de las estrategias definidas en sus líneas de política, buscando alcanzar las metas establecidas por las prioridades nacionales. Además, el Ministerio ejecuta directamente el Plan Ampliado de Inmunizaciones y la compra y distribución de insumos críticos para el control de algunas de las enfermedades de interés en salud pública, como el control de vectores y zoonosis, los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis y la lepra y las vacunas (Res. 146, 186 y 187 de 2009).

Las entidades territoriales y las EPS ejecutan sus planes en el marco de sus competencias y responsabilidades definidas por la legislación vigente. Las competencias de las entidades territoriales varían según la categoría de la entidad territorial, como puede corroborarse en el anexo 3 (Ley 715 de 2001, cap. II).

Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de las entidades territoriales están incluidas en el PSPIC e incluyen 20 actividades de promoción de la salud y 22 de prevención de enfermedades (Res. 425 de 2008, art. 17).

Al analizar estas 42 actividades, es posible concluir que en el PSPIC:

- a. No se evidencian con claridad los criterios que diferencien las actividades que corresponden a promoción de la salud con aquellas que orientadas a la prevención de la enfermedad.
- b. Existen 15 actividades de promoción de la salud que consisten en la difusión (“promoción”) de políticas, programas y estrategias definidas en el nivel nacional para desplegarlas en los territorios.
- c. Es necesario un esfuerzo para que las actividades del PSPIC pasen de ser un listado de actividades extraído de las estrategias planteadas en el Plan Nacional de Salud Pública a constituirse en un plan de beneficios armónico con actividades costo-efectivas factibles de ser realizadas por las entidades territoriales con los recursos disponibles.
- d. Parece existir una contradicción entre la lógica flexible, participativa y orientada a resultados planteada en la metodología del Plan Territorial de Salud y la obligatoriedad de cumplir metas de actividades realizadas (denominadas metas de producto sin una

clara conexión con las metas de resultado) ciñéndose a un listado predefinido de actividades, con un presupuesto limitado y un marco normativo poco flexible.

Además, es conveniente precisar que las entidades territoriales del orden departamental son interlocutoras entre la nación y los municipios, mientras que los distritos se comunican directamente con la nación. Las entidades territoriales pueden buscar apoyo para su gestión mediante la firma de alianzas o asociaciones con otras entidades territoriales o con entidades públicas y privadas.

Vale la pena aclarar que los recursos que reciben las entidades territoriales girados por la nación a través del Sistema General de Participaciones –SGP– (Acto legislativo 04 de 2007; leyes 715 de 2001, 1122 y 1176 de 2007, y Decreto 132 de 2010) para financiar el PSPIC podrían ser insuficientes si se tiene en cuenta que 800 municipios del país reciben aproximadamente 20 millones de pesos anuales para el PSPIC (Conpes Social 132, 2010).

Para apreciar esta cifra en sus correctas proporciones, conviene tener en cuenta que el SGP distribuye anualmente 23 billones de pesos a las 1.136 entidades territoriales del país; de esta suma, 4,5 billones son de destinación específica para salud. En salud se incluye salud pública, prestación de servicios de salud a la población no afiliada y régimen subsidiado. La suma total de recursos que giró la nación a través del SGP para salud pública (incluyendo el PSPIC) alcanzó los 0,5 billones de pesos en el año 2010 (Conpes Social 132, 2010).

Es conveniente resaltar que debido a que en el PSPIC no se especifica el costo-efectividad de las acciones que incluye, ni los recursos humanos, financieros y técnicos requeridos para implementarlas, es difícil juzgar si los recursos de SGP son suficientes.

Teniendo en cuenta que las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad del POS y del PSPIC deben ser complementarias (Ley 100 de 1993, art. 165, y Ley 1122 de 2007, art. 33) según lo establecido en la normativa vigente, puede resultar útil mostrar de forma comparativa las características de estos dos planes de beneficios (véase tabla 12).

Tabla 12. Principales características del POS y el PSPIC

<p>Se clasifican en acciones de protección específica y detección temprana (POS – Resolución 412 del 2000)</p>	<p>Se clasifican en acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos (PSPIC – Resolución 425 de 2008)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las acciones que se deben realizar se encuentran definidas en normas técnicas adoptadas por la Resolución 412 de 2000. ▪ La secuencia en las normas técnicas de detección temprana es: captación, detección, confirmación e intervención; en el caso de las normas de protección específica, se simplifica a captación e intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las acciones que se deben realizar se sustentan en políticas y estrategias nacionales no siempre adoptadas oficialmente. ▪ Aproximadamente la mitad de las acciones no cuenta con un lineamiento nacional.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se definen 12 acciones por realizar, cada una con su propia norma técnica. En total, las 12 normas técnicas incluyen 56 actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se definen 42 acciones por realizar. ▪ No es posible cuantificar el número de actividades incluidas en las acciones porque no siempre cuentan con lineamientos nacionales.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La financiación de las acciones se encuentra incluida en la UPC del POS. Las EPS del régimen contributivo reciben un valor adicional por afiliado de aproximadamente 19 mil pesos anuales que se adiciona a la UPC para financiar acciones preventivas y asistenciales del POS. ▪ Las acciones preventivas a cargo de las EPS no han sido rigurosamente costeadas teniendo en cuenta el impacto sobre la suficiencia de la UPC al cubrir a la población con las metas establecidas en la Resolución 3384 de 2000. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La financiación de las acciones proviene de recursos del Fondo Local de Salud que recibe aportes de nueve fuentes distintas, y cada fuente puede tener reglas distintas. ▪ Las principales fuentes son los recursos conseguidos con impuestos locales, los recursos del Sistema General de Participaciones y las regalías. ▪ No existe un instrumento nacional unificado para evaluar técnica y financieramente las acciones del PSPIC.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las EPS del régimen subsidiado están obligadas a contratar estas acciones con las IPS públicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las entidades territoriales están obligadas a contratar estas acciones con las IPS públicas.

Tabla 12. Principales características del POS y el PSPIC (continuación)

Se clasifican en acciones de protección específica y detección temprana (POS – Resolución 412 del 2000)	Se clasifican en acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos (PSPIC – Resolución 425 de 2008)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La programación de las actividades se hace anualmente utilizando 21 matrices (hojas de Excel) adoptadas por la Resolución 3384 de 2000. ▪ Las matrices que utilizan la tasa de fecundidad como factor de cálculo han sido ajustadas por el MPS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La programación de las actividades que se van a realizar se hace cada cuatro años durante la elaboración del Plan Territorial de Salud, siguiendo la Metodología General Ajustada del DNP y lo establecido por la Resolución 425 de 2008. ▪ Los municipios con menor desarrollo deben priorizar salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental, nutrición y prevención de lesiones evitables (Res. 425 de 2008, art. 17).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las metas de cumplimiento son definidas por la Resolución 3384 de 2000. ▪ Las metas de las EPS del régimen subsidiado son más altas que las metas de las EPS del régimen contributivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las metas de cumplimiento las define cada entidad territorial utilizando las metas del Plan Nacional de Salud Pública como referencia. ▪ Las metas deben ser aprobadas por la Asamblea Departamental o el Concejo Municipal.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las EPS reportan trimestralmente el cumplimiento de las acciones al MPS y a las entidades territoriales. No se reporta información de ejecución presupuestal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las entidades territoriales reportan semestralmente el cumplimiento de las acciones al MPS. ▪ Reportan a DNP el cumplimiento en ocho indicadores de resultado y la ejecución presupuestal por prioridades nacionales.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El seguimiento al cumplimiento lo realiza anualmente el MPS siguiendo los parámetros de la Resolución 3384 de 2000. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El seguimiento al cumplimiento lo realiza anualmente el MPS y el DNP siguiendo los parámetros del Decreto 028 de 2008 y la Resolución 425 de 2008.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El incumplimiento de la EPS lo sanciona la SuperSalud con multas. ▪ Algunas EPS glosan las cuentas de las IPS por incumplimiento. ▪ Algunas entidades territoriales glosan los contratos de las EPS del régimen subsidiado por incumplimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El incumplimiento de la entidad territorial genera una alerta ante el DNP y el MPS, disminuye su índice de desempeño territorial y afecta la asignación presupuestal del año siguiente. ▪ Los funcionarios involucrados pueden quedar incursos en procesos disciplinarios y fiscales. ▪ El alcalde y el gobernador pueden ser objeto de control político por la Asamblea Departamental y el Concejo Municipal.

Fuente: elaboración propia

2.3.2.3 Gestión de información

La legislación vigente recalca las responsabilidades en gestión de la información de todos los actores del SGSSS bajo el liderazgo del Ministerio de la Protección Social, y anuncia la creación de un sistema integral de información de alcance nacional (Ley 715 de 2001, artículo 42, n. 6, y Ley 1122 de 2007, art. 44).

En el caso de las IPS, son responsables de reportar la información que generan durante la atención a los usuarios; la información de la atención brindada por la IPS a los afiliados a una EPS se reporta a las EPS siguiendo lo establecido en los parámetros del Registro Individual de Prestación de Servicios –RIPS– (Res. 3374 de 2000), mientras que la información de la “vigilancia y control de las enfermedades de notificación obligatoria” realizada por la IPS se remite a la entidad territorial municipal o distrital (Decreto 3518 de 2006).

Por su parte, las EPS verifican la información que reciben de las IPS y le informan a la IPS generadora, a manera de retroalimentación, las inconsistencias que encuentren. En la legislación vigente se establece que las EPS deben mantener actualizada una ficha de actividades preventivas transferible entre EPS cuando el afiliado se traslada a otra EPS (Acuerdo 117 de 1998, art. 10, y Resolución 412 de 2000, art. 14). Hasta el momento esta ficha aún no ha sido reglamentada por el Ministerio de la Protección Social.

A manera de ejemplo se puede mencionar la importancia que ha tenido para la estrategia de “Vacunación sin Barreras” en Bogotá la implementación de un sistema de reporte unificado que permite a los actores del SGSSS reportar y consultar en tiempo real las dosis que la población recibe en el Distrito Capital.

2.3.2.4 Asistencia técnica

El apoyo que las instituciones se brindan para fortalecer mutuamente sus capacidades se expresa en actividades de capacitación, asesoría y acompañamiento. Esas actividades se realizan desde la nación hacia los departamentos y distritos, y desde los departamentos hacia los municipios. La asistencia técnica a EPS e IPS es heterogénea, algunas

veces la ofrece la nación, otras las entidades territoriales departamentales y distritales y municipales.

De igual manera, cabe señalar que la capacitación al talento humano se encuentra dispersa y requiere esfuerzos intersectoriales para articularla y orientarla, junto con la educación continuada, hacia las competencias académicas y laborales apropiadas.

2.3.2.5 Evaluación

En el SGSSS existen mecanismos liderados por instituciones públicas del nivel central para fortalecer la capacidad de las instituciones para mejorar la salud. Entre otros, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006) y el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Actividades Preventivas a cargo de las EPS (Res. 412 de 2000, anexo técnico 5).

Estos mecanismos les permiten al Ministerio y a las entidades territoriales el seguimiento y evaluación del cumplimiento del volumen de actividades; sin embargo, siguiendo lo establecido en la normativa vigente, es necesario actualizar y complementar esos mecanismos, de modo que permitan evaluar resultados en salud y pasar de evaluar el cumplimiento de un listado de actividades predefinidas a evaluar el logro de resultados en salud en aquellas prioridades que sean más pertinentes para la salud de la población que vive en un territorio y que está afiliada a una EPS.

La evaluación debe complementarse con una gestión inteligente de incentivos y sanciones y unas reglas de juego claras y estables que les transmitan a las entidades del SGSSS un horizonte claro de mediano y largo plazo hacia el cual enfile sus esfuerzos.

Es importante lograr que todos los actores del SGSSS sean evaluados de manera sistemática, unificada y estandarizada en todo el territorio nacional para evitar que los valiosos esfuerzos de los equipos técnicos de las entidades territoriales generen, ante la ausencia de instrumentos nacionales, mecanismos de evaluación atomizados que no permitan ni la comparación entre territorios ni la consolidación a nivel nacional.

2.4 Epílogo. Mirar hacia el futuro

En enero de 2011 se promulgó la Ley 1438 con el objetivo de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud y afianzar su orientación a resultados en salud y bienestar para la población. En el capítulo III se adopta como estrategia marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud la Atención Primaria en Salud –APS–, que es definida como estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, constituida por tres componentes: i) servicios de salud, acción intersectorial, ii) transectorial por la salud y iii) la participación social y comunitaria (Ley 1122 de 2007, art. 12).

El principal antecedente de esta nueva ley es la Ley 1122 de 2007 que define tres modelos de atención para ser incluidos en el Plan Nacional de Salud Pública: i) salud familiar y comunitaria, ii) atención domiciliaria y iii) atención primaria en salud (Art. 33, lit. i). En el último modelo se concentra la Ley 1438 de 2011.

Con el objetivo de afianzar la APS, esta ley incluye las siguientes estrategias:

- a. Una estrategia de coordinación para intervenir sobre los determinantes de la salud mediante la Comisión Intersectorial de Salud Pública orientada por las directrices, criterios y mecanismos del Conpes.
- b. Una estrategia de integración sectorial que articula acciones de salud pública, de promoción, de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación, orientándolas a resultados en salud mediante redes integradas de servicios y equipos básicos de atención.
- c. Una estrategia de participación social y ciudadana que facilita el disfrute de derechos y el cumplimiento de deberes mediante una política nacional de participación dirigida a la planeación institucional participativa y la corresponsabilidad ciudadana.

Para facilitar el cumplimiento de los propósitos que orientan la Ley 1438, se dispuso la creación de los siguientes mecanismos:

- Plan Decenal de Salud Pública, formulado de forma participativa, que incluya acciones intersectoriales, sectoriales y poblacionales con enfoque territorial y diferencial.

- Observatorio Nacional de Salud. Sistema de evaluación y calificación de los actores del SGSSS mediante indicadores, articulación del sistema de información de la protección social, plan de conectividad entre instituciones del SGSSS y sanciones al no reporte.
- Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud, Política y Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad, sistema de emergencias médicas, historia clínica electrónica, ficha unificada nacional de diagnóstico familiar y pautas para la actualización periódica del POS.
- Reglas para la contratación, fuentes de financiación y pautas para la ejecución de acciones de salud pública, promoción, prevención y atención primaria en el contexto de los planes territoriales de salud, territorios con población dispersa geográficamente, grupos poblacionales que requieren protección especial. Es de resaltar que se prohíben los mecanismos y políticas que limiten el acceso al servicio de salud o limiten su oportunidad, continuidad, integralidad y calidad (Ley 1438 de 2011, art. 53).
- Formación del talento humano ligada a las necesidades del SGSSS y a la población colombiana durante la aprobación de los programas académicos, la selección y apoyo financiero de los estudiantes de posgrado y la actualización de los profesionales que se encuentran laborando.

Para que estos mecanismos cumplan a cabalidad con los propósitos de la Ley 1438, deben facilitar simultáneamente el avance en acciones intersectoriales, sectoriales y de participación en los campos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación de los daños, vigilancia y gestión del conocimiento y gestión operativa y funcional, como se muestra en la tabla 13.

2.5 Conclusiones

Este capítulo presenta el marco legal e institucional que desarrolla las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entre los principales hallazgos analizados se encuentran los mencionados en la tabla 13:

Tabla 13. Aspectos del marco legal e institucional concernientes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Propuestas por línea de política	Intersectoriales	Sectoriales	Participación y corresponsabilidad
<p>Promoción de la salud y la calidad de vida; Prevención de los riesgos; Recuperación y superación de los daños</p>	<p>Comisión intersectorial orientada a actuar sobre los determinantes de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mantiene la gestión del riesgo como función de las EPS, pero debe articularse a la Atención Primaria de Salud –APS–. ■ Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la atención de baja complejidad. ■ Fortalecimiento de la atención en salud mental. ■ Atención integral, integrada y continua (preferente y gratuita para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos). ■ Política, comisión y mecanismos de negociación de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. ■ Sistema de emergencias médicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de educación en salud para escolares. • Actualización del POS con participación ciudadana. • Interculturalidad. • Corresponsabilidad de los padres de exigir atención para sus hijos. • Autocuidado.
<p>Vigilancia en salud y gestión del conocimiento</p>		<ul style="list-style-type: none"> ■ Observatorio Nacional de Salud (dependencia del Instituto Nacional de Salud). ■ Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud (entidad vinculada al Instituto Nacional de Salud). ■ Historia clínica única electrónica. ■ Obligación de todos los actores de reportar información. ■ Informe del estado de las EPS. 	

Tabla 13. Aspectos del marco legal e institucional concernientes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (continuación)

Propuestas por línea de política	Intersectoriales	Sectoriales	Participación y corresponsabilidad
<p>Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional</p>	<p>Plan Decenal de Salud Pública con acciones intersectoriales (coordinadas por una comisión del Compes a nivel nacional y por los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud -CTSSS- en los territorios) y políticas sectoriales formuladas participativamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de Evaluación y Calificación de Entidades Territoriales, EPS e IPS. ▪ Evaluación por resultados en salud mediante indicadores de resultados en salud (centinelas, trazadores y administrativos) para todos los actores del SGSSS. ▪ Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad que incluye habilitación a direcciones territoriales de salud y redes de prestación de servicios de salud. ▪ Redes integradas de servicios con población y territorio lideradas por la entidad territorial en el CTSSS. ▪ Portabilidad nacional de la afiliación. ▪ Ajuste del aseguramiento a territorios con población dispersa geográficamente. ▪ Política, organización en equipos multidisciplinarios y formación continua del talento humano. ▪ Se definen fuentes de financiación y reglas de contratación para las acciones de salud pública. ▪ Unidad Administrativa de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales ▪ Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) para Empresas Sociales del Estado intervenidas por la SuperSalud. ▪ Articulación de los sistemas de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Política nacional de participación social. • Audiencias públicas de EPS y ESE. • Establecer mecanismos para impulsar la participación como principio del SGSSS.

- Es necesario precisar con mayor claridad la conceptualización de promoción de la salud en el marco normativo y hacer visible el impacto en salud en todos los ámbitos de política y desarrollo legal e institucional. En esta conceptualización es fundamental que se involucren conceptos académicos, pero que estos sean plasmados en los marcos normativos y posicionados en altas esferas políticas, en los poderes ejecutivos y judiciales, y que la sociedad se apropie de la promoción de la salud como un valor social y un derecho.
- En el plano intersectorial, se requiere un mayor liderazgo del sector salud abogando por planes intersectoriales, diseñando e impulsando herramientas que permitan evaluar el impacto de las políticas y programas de otros sectores sobre la salud de la población. Lo anterior debe incluir estrategias de modificación de condiciones y estilos de vida y alianzas con instituciones de educación superior para fortalecer las competencias laborales y académicas del talento humano en salud. Este liderazgo le corresponde ejercerlo a los organismos estatales, en especial al Ministerio de la Protección Social o de Salud, y en lo territorial a las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud.
- En el sector salud es necesario:
 - Adoptar y ejecutar la conceptualización de promoción de la salud y desarrollar el marco normativo del SGSSS.
 - Armonizar la planeación orientada a resultados en salud con la programación de actividades para el cumplimiento de metas.
 - Unificar y estandarizar instrumentos y sistemas de recolección de información.
 - Continuar el trabajo orientado a la articulación entre los actores del SGSSS, y optimizar la alineación entre Plan Nacional de Salud Pública, Planes Territoriales de Salud y Planes de EPS.
 - Avanzar de manera gradual hacia la evaluación por resultados en salud de todos los actores del SGSSS.

- Asegurar que las actividades que deseen garantizarse a la población colombiana en materia de promoción o de prevención cuenten con una financiación adecuada, oportuna y suficiente, de acuerdo con los estándares de calidad que se deseen, pues de lo contrario es poco probable que se cumplan los objetivos en salud.
- Desarrollar e implementar la reglamentación relacionada con el deber constitucional del autocuidado de la salud como una corresponsabilidad de los ciudadanos.

Las oportunidades de mejora esbozadas requieren un compromiso decidido para que se conviertan en instrumentos que aporten a la consolidación del SGSSS y al beneficio de toda la población colombiana.

Capítulo 3





Avances y retos de la salud pública colombiana

Introducción

En razón de que este capítulo pretende elaborar un panorama general de los avances y retos que ha tenido –y tiene– la salud pública nacional, se ha tomado una definición amplia de salud pública y se ha diseñado un esquema analítico construido desde una visión actual del campo de la salud pública. También se ha establecido una periodización, a partir de los años 70 del siglo XX, cuyo referente está relacionado con las dinámicas institucionales del sector sanitario. Adicionalmente, y en un apartado específico, se exponen algunas experiencias concretas desarrolladas por EPS con el fin de ilustrar cambios en el modo como se está realizando la gestión preventiva, de carácter individual, en el país.

A pesar del reconocimiento de la complejidad de estos procesos, se abordan de manera esquemática, procurando privilegiar su función didáctica. Con ello se espera aportar en la comprensión de unos momentos y unas acciones importantes, aunque cabe mencionar el riesgo que se corre al quitarle fluidez a procesos históricos en permanente y sinuoso movimiento.

Si bien el capítulo está estructurado en cuatro apartados, su diseño básico puede ser dividido en dos grandes secciones: la primera recoge los avances y retos generales que se han dado en el campo de la salud pública en el país y en diferentes momentos; mientras que la segunda expone cuatro experiencias de prevención desarrolladas en EPS, a partir de las cuales se elabora una reflexión general acerca de las posibilidades existentes para desarrollar la salud pública en el marco de la actual organización sanitaria del país.

3.1 Avatares de la salud pública colombiana: avances y retos

Lograr que la población de un país alcance un nivel de salud satisfactorio constituye un reto permanente no sólo porque las expectativas sociales frente a la salud y al bienestar cambian con el tiempo, sino porque los cambios sociales y culturales, entre los cuales se en-

cuentran las transformaciones económicas y los avances tecnológicos, generan nuevos riesgos para la salud que alteran los logros alcanzados y exponen a la sociedad a situaciones desconocidas. Esto permite afirmar que existe una permanente tensión entre lo conseguido y lo que aún queda por resolver.

Esta formulación general se aplica en toda su extensión al caso colombiano, pues a pesar de los grandes y permanentes problemas sanitarios que aquejan al país y a las notorias asimetrías que se presentan en las condiciones de vida de la población, en retrospectiva se percibe, en un balance general, logros importantes en materia de salud asociados a lo que tradicionalmente se ha venido llamando salud pública. En la actualidad, es oportuno señalar, entre otros fenómenos, que la esperanza de vida al nacer es mayor que hace 30 años, la mortalidad infantil y la mortalidad materna son menores, la disponibilidad de servicios asistenciales ha mejorado en todo el territorio nacional y las herramientas analíticas para el diagnóstico en salud y para la implementación de políticas y programas sanitarios han tenido un desarrollo importante (Ministerio de Salud/DNP, 1990; Ministerio de Salud, 1994; Ministerio de la Protección Social, 2003; Ministerio de la Protección Social/OPS, 2008).

Sin embargo, también es cierto que aún subsisten importantes problemas sanitarios, notorias asimetrías en las condiciones de vida de la población y significativas dificultades en la organización y financiación del sector sanitario.

Los logros alcanzados han suscitado cambios en el perfil epidemiológico nacional y modificaciones importantes en las condiciones de vida de la población colombiana, pero a su vez han creado nuevas situaciones problemáticas y mayores retos, dado que han ido aparejados al incremento de una especie de conciencia colectiva sanitaria que, de una forma u otra, ha aumentado las expectativas que las personas tienen frente a las posibilidades de prevenir las enfermedades, mejorar sus condiciones de salud y, asimismo, acceder a servicios de mayor calidad, con mayor oportunidad e incluso de mayor nivel tecnológico (Franco, 2003).

Por supuesto, los logros y desafíos han surgido en un proceso histórico complejo, de carácter no lineal, donde los avances alcanzados a ve-

ces se han detenido o han sufrido retrocesos, y las fortalezas adquiridas no se han mantenido de manera constante y han estado acompañadas de debilidades y carencias; además, la misma comprensión de salud pública ha cambiado.

3.2 El esquema utilizado

Asumimos que la salud pública se refiere, en sentido general, a todos los esfuerzos desplegados para mejorar la salud de la población y evitar los problemas sanitarios que puedan aquejarla (OPS, 2002). De tal forma, la salud pública hace referencia a las labores preventivas y de saneamiento del ambiente, pero se extiende más allá del terreno propio de la enfermedad al incorporar acciones en la dimensión sanitaria que hoy llamamos “promoción de la salud” (Eslava 2002; Gómez y González, 2004). Igualmente, la salud pública está íntimamente ligada a la función del Estado, pero se extiende más allá del ámbito estatal al involucrar a la sociedad civil. Además, la salud pública forma parte de un sistema de salud que está articulado a un ordenamiento social específico; esto implica la acción intersectorial (OPS, 2002).

Por ello, al recopilar los avances de la acción sanitaria en períodos específicos, se ordenaron en una matriz que define cinco áreas de acción centrales y tres esferas de acción social, tal como se presenta en la tabla 14.

Tabla 14. Matriz de análisis de los avances en salud pública

Áreas/esferas	Intersectorial	Sectorial	Participación comunitaria
Promoción			
Prevención			
Recuperación			
Vigilancia			
Gestión			

Fuente: elaboración propia

Para sistematizar los avances y retos de la salud pública colombiana, se proponen tres períodos mediante los cuales se establece una caracterización general:

- 1975-1990, que corresponde a la vigencia del Sistema Nacional de Salud.
- 1991-2007, etapa de descentralización en salud y vigencia de la Ley 100.
- 2007-2010, momento de ajustes a la Ley 100 y vigencia del Plan Nacional de Salud Pública.

3.2.1 Primer momento: 1975-1990

A lo largo del siglo XX, el país fue incorporando una serie de desarrollos técnicos referidos a la prevención de las enfermedades, la organización de los sistemas sanitarios y el diseño de políticas sectoriales que fue configurando el campo de acción de la salud pública. Para los años setenta del siglo pasado, las acciones salubristas en el país estuvieron enmarcadas en dos procesos generales de gran interés. Por un lado, la implantación del llamado Sistema Nacional de Salud (SNS) y, por otro lado, la aplicación de técnicas gerenciales en el manejo sanitario. Pausadamente, entre los años 70 y 80 del siglo XX, las acciones en salud pública se fueron concretando en unas normas que, a modo de políticas o programas verticales, delinearon la acción estatal y gubernamental.

La salud pública, entonces, empezó a concebirse, en el contexto de desarrollo del Estado nacional, como la articulación de acciones de saneamiento ambiental, lucha contra las enfermedades infecciosas (incluidas las zoonosis), inmunización de población vulnerable, control de la desnutrición, organización de servicios integrales de salud y educación sanitaria para el conjunto de la población (Hernández et al, 2002).

En relación con la organización de los servicios, cabe señalar que se recurrió a la teoría de sistemas para ordenar la labor administrativa y de prestación de los servicios, y se conceptuó la atención diferencial según niveles de complejidad de las instituciones, en una lógica de especialización progresiva donde se esperaba una irrestricta y fluida coordinación

entre las diferentes entidades. Al mismo tiempo, la salud pública, como ámbito de conocimiento aplicado, adquirió un carácter de profesión que gestiona la prevención desde lo estatal mediante programas verticales.

Los años ochenta presenciaron la consolidación de esta manera de comprender la salud pública. A las acciones arriba comentadas se les fueron agregando otras referidas a la prevención de las enfermedades crónicas, las lesiones y los accidentes. En particular, cabe señalar que en este momento tuvo mayor realce la “lucha contra el cáncer”, y el problema de la violencia resurgió como preocupación nacional.

En cuanto a las políticas del sector, puede afirmarse que en este período no hubo una clara conciencia de la acción intersectorial, tal como hoy la definimos, aunque debe reconocerse que el sector sanitario manejaba asuntos que actualmente son competencia de otros sectores, como la disposición de aguas. Muchas acciones sanitarias en este período se realizaron con un carácter técnico y lograron avances de importancia no solo en el nivel operativo, sino en el conceptual, aunque se consideraba que hasta el momento se había hecho demasiado énfasis en lo curativo y que el sector debía prepararse para una población con cambios en los perfiles de morbilidad propios de la transición demográfica.

Entre los retos planteados para este momento, se destacaron la ampliación de coberturas de los servicios y la protección financiera a las familias a través de la afiliación a la seguridad social; con esto se disminuyó el gasto de bolsillo y se introdujeron aspectos que promovieron la equidad del gasto mediante subsidios cruzados o directos.

La necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema y la generación de rentas que fueran específicamente asignadas al sector y que no necesariamente provinieran de impuestos generales fueron abriendo la posibilidad para que técnicos provenientes sobre todo del ámbito de la economía y de la administración plantearan un rediseño completo del sistema sanitario en Colombia. Empezó, entonces, un esfuerzo para legitimar la participación de agentes privados en el aseguramiento y en la prestación de los servicios, con la esperanza de que esta participación promoviera la competencia por calidad y uso eficiente de los recursos (tabla 15).

Tabla 15. Avances del sector salud en salud pública: Primer momento 1975- 1990

Áreas de acción sanitaria	Intersectorial	Sectorial		Participación	
		Actividades individuales	Actividades colectivas		
Promoción	El concepto de intersectorialidad no se maneja expresamente y la promoción de la salud se piensa como parte de la acción preventiva, desde el modelo de historia natural de la enfermedad	No existe una clara distinción entre Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.			
		Se empieza a asumir una noción amplia de salud ligada a la noción de desarrollo			
Prevención	Se amplía el rol sanitario al ligarlo a la idea de desarrollo social, siendo el líder el sector salud (aunque este opera sin suficientes recursos humanos ni financieros).	Se fortalece la noción preventiva: se realiza yodización de la sal y fluorización del agua		Desarrollo promotores de salud y agentes comunitarios de salud.	
		Desarrollo de la educación sanitaria	Salud pública se convierte en una profesión que gestiona la prevención desde lo estatal a través de programas verticales.		
		Programas preventivos del ISS			Desarrollo de Programas verticales como Malaria, PAI, cáncer.
					Desarrollo del Saneamiento ambiental.



Tabla 15. Avances del sector salud en salud pública: Primer momento 1975- 1990

Áreas de acción sanitaria	Intersectorial	Sectorial		Participación
		Actividades individuales	Actividades colectivas	
Recuperación		Mejoría en los servicios de atención médica, incorporación de tecnología.	Se mejoran las formas de organización de los servicios.	Ley 9 reglamente las responsabilidades del usuario
		Se plantea la necesidad de la seguridad social para financiar altos costos de la tecnología.	Se desarrolla la noción de sistema y se plantea expresamente la necesidad de articular el SNS.	Subsistema de información SIS I 10 con énfasis en el sector público o con financiación pública
		Desarrollo SILOS y creación del Fondo nacional hospitalario que privilegiaba el desarrollo de infraestructura En el ISS se integra salud, riesgos profesionales y el sistema pensional Medicina privada, centros de salud públicos, hospitales sin ánimo de lucro organizados por teoría general de sistemas y cuidado progresivo del paciente. Financiación basada en subsidio a la oferta pública o privada sin ánimo de lucro, bajo un presupuesto histórico		
Vigilancia		Se fortalecen los recursos para el análisis epidemiológico y los Sistemas de Información SIS.	Se fortalecen los recursos para el análisis epidemiológico y los Sistemas de Información SIS.	
Gestión		Notificación obligatoria con énfasis en la notificación del sector público o financiado con recursos públicos		
Se define en el papel coordinador del Estado, en un sistema sanitario fragmentado., sin embargo la articulación lograda fue limitada				

Fuente: elaboración propia

3.2.2 Segundo momento: 1991-2007

El interés por adaptar el sector salud a los cambios que estaban ocurriendo en la organización estatal condujo a una reorganización del SNS, que fue establecida normativamente mediante la Ley 10 de 1990. Con esta ley quedaba planteado el tema de la descentralización sectorial y, adicionalmente, se le daba cabida a una concepción sanitaria más preventiva que, a su vez, quedaba inscrita en los planteamientos teóricos del llamado “campo de la salud” (Ministerio de Salud/Acomsap, 1990; Ministerio de Salud/DNP, 1990).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos y de las buenas intenciones frente al proceso de descentralización, la formulación de la Ley 10 no era suficiente, dada la precaria situación financiera y de desarrollo técnico en que se encontraba la mayoría de los municipios del país. Si bien el interés era descentralizar competencias, funciones y responsabilidades relacionadas con la salud pública, al no haber una clara reorganización de los recursos ni un fortalecimiento real de la capacidad de gestión municipal, las posibilidades de una descentralización efectiva del sector salud mermaron y la implementación de la Ley quedó enfrentada a importantes y contundentes limitaciones para su implementación (Hernández et al, 2002; Jaramillo, 2001).

Para los años 90, los referentes de la salud pública nacional empezaron a modificarse debido, por una parte, a los cambios sectoriales generados por la instauración de la nueva normativa y por la incorporación de nuevas formulaciones del campo sanitario y, por otra parte, a los cambios en el manejo presupuestal del país y a la redefinición de las competencias municipales (Ley 60 de 1993).

En 1993, se promulgó la Ley 100 que coincidió con el momento de mayor impulso al esfuerzo descentralizador en el país, en un contexto en el cual las discusiones políticas conducían a una redefinición del papel del Estado. En este escenario, la labor salubrista sufrió un cierto desplazamiento, no del todo planeado, que afectó no solo la forma de llevar a cabo sus acciones tradicionales, sino el sentido mismo de lo “público”.

Si bien la Ley 100 de 1993 fue clara al concebirse como una normativa específica para la organización de la seguridad social, afectó todo el comportamiento del sector de la salud y transformó varias de las dinámicas propias de la acción salubrista. Esta Ley introdujo un cambio en la lógica del flujo de recursos para la prestación de servicios de salud, responsabilizó a los municipios de la entrega de subsidios, le dio un importante papel a los municipios en el control de la calidad de los servicios y, de cierta manera, ayudó a reposicionar la acción preventiva, dada la conciencia compartida de que la labor asistencial es muy costosa y, por ello, es rentable invertir en la prevención de la enfermedad.

A partir de esta ley, y con los referentes proporcionados por las teorías económicas sobre los bienes públicos, el SGSSS asimiló la salud pública con los bienes de beneficio colectivo y con las acciones individuales con altas externalidades, y estableció un paquete de servicios específicos al que llamó Plan de Atención Básica (PAB); este se concibió como un paquete de servicios complementario al Plan Obligatorio de Salud –POS– (Jaramillo, 1998).

En la medida en que el sistema de aseguramiento se imponía en el país, las funciones del Ministerio de Salud se modificaban y su presencia se vio, en cierta manera, disminuida por el efecto combinado de la descentralización (que ponía en manos de los municipios responsabilidades sanitarias importantes) y la creación de condiciones para que las aseguradoras pudieran actuar como agentes de gran importancia en el nuevo modelo de salud que empezaba a funcionar en Colombia.

A finales de los años 90 se reconoció ampliamente que la salud pública en el país tenía dificultades, limitaciones y carencias que era necesario corregir. Además, se reconoció que las acciones sanitarias preventivas no estaban debidamente articuladas o se hacían de una manera poco eficaz. Esta conciencia compartida sobre las dificultades evidenciadas dio paso a la búsqueda de una mayor definición institucional en el SGSSS, en relación con el contenido de los paquetes de servicios.

Para ese momento ya era evidente que la gestión preventiva no se podía evaluar adecuadamente debido a las deficiencias de información, tanto de las actividades del PAB como de las actividades del POS, a la

falta de estandarización de las acciones y a la ausencia de parámetros claros de evaluación. En general, se estaba presentando una evaluación de ejecución presupuestal sin medición de impacto en términos de cobertura y mucho menos de impacto en salud. Asimismo se evidenció la necesidad de precisar más las competencias y responsabilidades, para que estas no fueran repetidas u omitidas por los entes territoriales o las aseguradoras (Assalud, 2004).

En lo concerniente a las actividades preventivas individuales, se elaboró una normativa que, en últimas, buscaba precisar las actividades que por obligación debían asumir las aseguradoras en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y atención de enfermedades de interés en salud pública, bajo la idea de que las aseguradoras tienen como función central administrar el riesgo individual en salud de sus afiliados y procurar la disminución de la ocurrencia de enfermedades.

Se debe resaltar que los lineamientos formulados fueron acompañados de herramientas para la programación de actividades y la evaluación de su ejecución. Asimismo, los reportes fueron evaluados y el seguimiento tuvo consecuencias para las EPS. Esto inauguró un ciclo de seguimiento y asesoría que puso en relación al ente gubernamental del nivel nacional con las aseguradoras; lo cual generó una dinámica de mejoramiento de las acciones preventivas donde las EPS del régimen contributivo realizaban la programación y el seguimiento de las actividades y, en conjunto con el Ministerio de la Protección Social, se mejoraban las herramientas evaluativas y se consolidaba el proceso mismo de evaluación. Cabe señalar que estas herramientas solo fueron desarrolladas para la gestión de las EPS y no se aplicaron a la gestión de los entes territoriales ni a las administradoras de riesgos profesionales, entidades que también tienen responsabilidades en labores preventivas. Si bien se registraron varias mejorías en la cobertura de actividades, también se evidenció el gran límite de las herramientas de gestión, toda vez que con ellas se estimulaba una mejora en el desempeño medido en términos del número de procedimientos efectuados, pero estos resultados no se podían correlacionar con indicadores de impacto en salud (Assalud, 2004; Ministerio de la Protección Social, 2004).

Entre los avances más importantes cabe señalar la aparición de la promoción de la salud como referente expreso de la acción sanitaria y la exaltación del derecho a la salud como ideal que se debe conseguir. Aun en medio de cierta confusión y altibajos, se desplegó un intenso esfuerzo por concertar las acciones preventivas dentro del SGSSS.

Algunos de los retos que surgieron en este momento fueron: la necesidad de mejorar la disponibilidad de información, la sistematización de la gestión, la integración entre la gestión preventiva individual y la colectiva, la coordinación intersectorial, la descentralización (de las ET y de las EPS) y la estandarización de instrumentos para seguimiento y control; asimismo, la necesidad de mejorar la disponibilidad de recursos humanos, financieros y técnicos de manera suficiente; como reto fundamental, aparece el reposicionamiento de la salud pública como factor integrador de la política sanitaria nacional, cuya labor debe trascender al sector sanitario (véase tabla 16).

3.2.3 Tercer momento: 2007-2011

Con la expedición de la Ley 1122 de 2007 no sólo se establecieron ajustes al SGSSS en lo referente a su regulación, financiamiento, prestación de servicios y vigilancia y control, sino también en lo concerniente a la salud pública, con lo cual se llegó a plantear una definición explícita. En relación con el sentido mismo de la salud pública, la ley señaló que ella “está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar, de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva”. En cuanto a las otras disposiciones, cabe señalar que la ley estipuló que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) reemplazaría al PAB y se le precisaron algunas funciones al Instituto Nacional de Salud (INS) y al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). Pero lo más importante, se determinó que el Gobierno Nacional debería definir un Plan Nacional de Salud Pública —PNSP— para cada cuatrienio y que debería incluirse en el correspondiente Plan Nacional de Desarrollo.

Después de un intenso trabajo a cargo del Ministerio de la Protección Social y de una dinámica participativa que incorporó a muchos

Tabla 16. Avances del sector salud en salud pública. Segundo momento: 1992-2007

Áreas de acción sanitaria	Intersectorial	Sectorial		Participación
		Actividades individuales	Actividades colectivas	
Promoción	Desarrollo del interés por la actividad física.		Realce de la promoción de la salud, aunque vinculada a la prevención.	
	Desarrollo de las experiencias "Municipios Saludables", "Escuela Saludable" y "Vivienda Saludable"		Se conceptualiza más claramente la necesidad de trabajar en los determinantes de la salud, aunque no se incorpora aún de manera práctica.	
Prevención	Control de pólvora: disminución de las lesiones y quemaduras		Concreción de líneas PAB, aunque no se hace exigible como derecho.	
	Ley Zañahoria: control de abuso de alcohol y disminución de la accidentalidad. Manejo ambiental (control de contaminación del aire)	Se expiden lineamiento de las actividades que deben hacer las EPS, luego se establece la política de inducción de demanda y se reglamentan normas técnicas	Las subcuentas del FOSYGA especifican dineros especiales para labores preventivas.	
Recuperación	Despliegue de la acción de tutela como mecanismo de protección de derechos.	El POS sirve para concretar el derecho a la atención médica.		Hay un nivel de desarrollo de la participación, aunque muy institucionalizada.
	Sistema de Prevención y Atención de Desastres	Expansión de la oferta de servicios y enfoque de calidad: oportunidad y percepción del usuario. Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Se desarrollan guías de manejo clínico y se adoptan algunas por el MPS.	Servicios sociales complementarios para ancianos y discapacitados.	
Vigilancia	Encuestas Nacionales de Calidad de Vida.	Desarrollo SIVIGILA.		
	Articulación más clara entre entes públicos y privados. Encuestas Nacionales de Salud	Especialización de funciones aclara la función de vigilancia de SNS y ET. Se consolidan bases de datos de afiliación, compensación y formatos para el reporte de los servicios prestados en el POS.		

actores involucrados en el tema de la salud, se lograron acuerdos que quedaron plasmados en el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el PNSP 2007-2010. Para su ordenamiento, el PNSP definió cinco líneas de política, 10 prioridades y 32 metas nacionales por cumplir en el corto plazo y, además, definió las responsabilidades de cada actor del sistema para el cumplimiento de los objetivos del Plan.

Todo esto lo hizo a partir del diagnóstico de salud que evidenciaba cómo, a pesar de los esfuerzos desplegados en los últimos años, los problemas que aquejan a la población colombiana son múltiples y variados. En términos generales, la situación de salud plantea grandes problemas asociados, por una parte, a la transición demográfica, propia de una sociedad en proceso de modernización con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes, y, por otra, a la transición epidemiológica, con una progresiva reducción de las enfermedades transmisibles y un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Posterior a la formulación del PNSP se inició un proceso de construcción de los lineamientos técnicos para la implantación del plan en el ámbito territorial, que estuvo liderado por el Grupo de Gestión Integral de la Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social y contó con una fuerte participación social. Este proceso permitió la formulación de los planes de salud territoriales (PST), hoy en vigencia, y favoreció la gestión de la salud pública en el país. Este proceso ha ayudado a mejorar el posicionamiento de la salud pública y de las actividades preventivas, así como de los procesos de planeación; sin embargo, todavía no es posible saber realmente el impacto que esto ha producido en términos de disminución de riesgos de enfermar o de casos que requieran intervenciones de recuperación.

La enseñanza proveniente del proceso mismo de construcción del PNSP y de los PST permite señalar que la consolidación de la gestión en salud pública tiene importantes retos que debe enfrentar. Por un lado, el despliegue armónico del PNSP en planes territoriales intersectoriales y participativos que articulen, de manera eficaz y adecuada, los planes institucionales de las EPS, respetando las responsabilidades y competencias definidas en la normativa, y preservando la destinación especí-

fica de los recursos según la fuente de financiamiento. Esto exige, entre otras cosas, capacidad técnica y legitimidad política de las direcciones locales de salud para impulsar y concretar dinámicas de concertación y negociación de intereses con todos los actores del sistema sanitario (Balladelli et al, 2009; Agudelo, 2008, Álvarez, 2008). Con todo, el proceso de concertación realizado constituye un logro importante que merece ser evaluado con mucho detenimiento.

Además de lo mencionado, vale la pena resaltar que los esfuerzos desarrollados en el país dirigidos al fortalecimiento de la salud pública abren nuevas ventanas de oportunidad y generan renovados retos que es necesario enfrentar. Más aún cuando la situación sanitaria del país sufre nuevas transformaciones normativas y se torna, una vez más, terreno álgido de preocupación social. Por lo pronto, se exponen cinco de estos desafíos que han de guiar muchos de los esfuerzos de los interesados en la salud pública del país:

- **Ampliar los horizontes del trabajo por la salud.** Es indispensable involucrar en la agenda el trabajo sobre determinantes sociales de la salud; al mismo tiempo, se requiere ampliar la noción de promoción de la salud, de tal manera que quede referida en términos de bienestar y calidad de vida, más que a la acción de evitar que la enfermedad ocurra. Adicionalmente, cada vez es más necesario asumir las perspectivas del derecho a la salud y a la equidad sanitaria, de modo que el trabajo que se deba realizar tenga como uno de sus ejes fundamentales vencer cualquier obstáculo que impida el disfrute de ese derecho en condiciones de dignidad y equidad.
- **Fortalecer el trabajo intersectorial.** Es necesario reconocer con mayor determinación que la salud pública se concreta en acciones de índole intersectorial; esto debe llevar a la búsqueda de planeación conjunta y de concertación entre sectores sociales (como agricultura, comercio, cultura y educación, entre otros) y a la concreción operativa de las acciones concertadas, con seguimiento preciso y adecuada acción evaluativa.
- **Articular instituciones.** Es imprescindible seguir insistiendo en la necesidad de establecer dinámicas de encuentro entre las ins-

tituciones que permitan un flujo efectivo de información y de recursos, con el fin de propiciar labores conjuntas claramente diseñadas y adecuadamente ejecutadas. Para ello, resultará útil hacer un mapa de complementariedades que ofrezca claridad acerca de las fortalezas y potencialidades de cada una de las instituciones participantes en el trabajo, de los logros alcanzables y de las posibilidades que adquiere actuar conjuntamente, tanto en el sector salud como en el de la protección social y en los demás sectores.

- **Desarrollar herramientas.** Es necesario desarrollar nuevas herramientas, entre otras cosas, para planear y hacer seguimiento de las acciones, la comunicación entre instituciones, el análisis de la información, la toma de decisiones, el seguimiento de los recursos y la evaluación de la suficiencia de los mismos. Estas herramientas deben ayudar a que las políticas, las directrices y los proyectos que se diseñan se conviertan en realidades y a que los esfuerzos estén canalizados en acciones pertinentes y refuercen los objetivos institucionales y éxitos alcanzados.
- **Garantizar la suficiencia y adecuación de recursos.** Es imprescindible que al asignar funciones o competencias a las instituciones del sector –o de otros sectores– para gestionar la salud pública, se estipule, de manera clara, la disponibilidad de recursos tanto financieros, humanos, tecnológicos como de cualquier otro tipo, con el fin de garantizar recursos adecuados, oportunos y suficientes. De lo contrario, es poco probable que las funciones asignadas se desarrollen a cabalidad (véase tabla 17).

3.3 Algunas experiencias exitosas en las EPS: avances y retos particulares

Mientras los esfuerzos estatales intentaban organizar las acciones sanitarias y construían marcos de referencia que buscaban, por un lado, enfrentar la dispersión y atomización de las labores y, por otro, superar la confusión reinante en el medio debido a la complejidad sectorial y a la prodigalidad normativa, las entidades aseguradoras empezaron a fortalecer su capacidad técnica y administrativa para realizar las labores de promoción y prevención (llamadas coloquialmente de PyP) que se

Tabla 17. Avances del sector salud en salud pública.
Tercer momento: 2007-2010

Áreas de acción sanitaria	Intersectorial	Sectorial		Participación
		Actividades individuales	Actividades colectivas	
Promoción	Desarrollo de agendas interministeriales en ambiente.			
	Desarrollo de programas de actividad física.			
	Conpes de seguridad alimentaria.			
	Conpes ambiental.			
Prevención	Ley antibacaco.		Política de Salud Mental.	
	Plan Decenal de Cáncer.			
	Plan Intersectorial VIH-SIDA.		Plan sectorial VIH-SIDA.	
Recuperación	Se comprende la atención de emergencia y desastres como asunto misional en salud.			
Vigilancia		Cuenta de alto costo vigila mediante indicadores clínicos.	Reportes estandarizados y bases de datos unificadas.	Creación del Observatorio Intersectorial de Cáncer Infantil.
Gestión		Cuenta de alto costo distribuye recursos como incentivo a la buena gestión.		Defensor del usuario.
			Existencia de asociaciones de usuarios con alguna trayectoria.	

Fuente: elaboración propia

les encomendaban. Si bien al principio con pasos vacilantes, lentamente cada una fue aprendiendo, a su modo, a desarrollar de manera más eficaz las labores preventivas.

No es fácil documentar ese proceso y todavía está pendiente el estudio detallado de cómo se fue dando la incorporación de tecnología y personal adecuado para cumplir con los fines preventivos y participar en la creación de materiales, procedimientos e infraestructura propia.

Sin embargo, es posible afirmar, por lo pronto, que las acciones de PyP a cargo de las aseguradoras han ido pasando, paulatinamente, de simples campañas informativas a programas más estructurados, y que las EPS han logrado metas de cumplimiento de las acciones más adecuadas, pese a que aún se evidencian problemas importantes que deben superarse, como se mencionó más arriba.

Actualmente las EPS empiezan a reportar experiencias exitosas en la ejecución de políticas, programas o proyectos preventivos, en particular en atención integral de pacientes con VIH-SIDA, atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), detección de cáncer de mama y atención de pacientes tuberculosos. Su ejecución se ha hecho mediante enfoque de riesgo, actividad física, manejo de la mujer gestante y reducción de la mortalidad materna, programas de manejo de pacientes con problemas renales crónicos y programa “madre canguro” (ACEMI, 2010).

Como un esfuerzo inicial por acercarse a entender los alcances y las posibilidades de algunas de estas experiencias reportadas como exitosas, se exponen a continuación cuatro casos socializados en el foro “Salud en cifras. Dónde estamos y para dónde vamos”, organizado por ACEMI en Bogotá en julio de 2010: el programa de vacunación de la EPS Sanitas, el programa de tamizaje de tuberculosis de la EPS Compensar, el programa AIEPI de la EPS Cafesalud y la política para la reducción de la muerte materna y perinatal de la EPS Saludcoop.

Con el propósito de analizar hasta qué punto cada experiencia puede ser transferible a otras EPS y replicada en otros contextos, en julio de 2010 se visitaron las EPS que lideran estos programas para documentarlos en detalle y construir el perfil de cada uno de ellos. Con la información obtenida, se proponen algunos elementos significativos que ayudan a entender las condiciones de posibilidad exigidas para que las experiencias puedan ser replicadas de forma efectiva.

3.3.1 El programa de vacunación de la EPS Sanitas

La vacunación ha adquirido un rango especial en el campo sanitario, toda vez que es considerada la intervención preventiva por excelencia. No sólo por la efectividad reconocida y por su alta relación costo-beneficio,

sino por su acción directa y su enfoque poblacional. Si bien la vacunación se aplica a los individuos, su objetivo es romper la cadena de transmisión del patógeno que origina las enfermedades inmuno-prevenibles; esto exige realizar el procedimiento en un número suficiente de individuos susceptibles y en una población específica (OMS/UNICEF/BM, 2009).

En general, la medición de los logros de la vacunación se establece con base en las coberturas de vacunación en una población geográficamente distribuida. Sin embargo, la población de una EPS no está necesariamente agrupada en un área geográfica y, por lo tanto, su cobertura de vacunación no tiene una relación directa con la detención de la transmisibilidad del patógeno en una zona determinada. En este sentido, se evidencia la necesidad de adelantar un trabajo conjunto entre EPS y autoridades sanitarias locales con el objetivo de aumentar los rangos de cobertura efectiva que disminuyan el riesgo poblacional de contraer enfermedades de este tipo, más aún cuando, según lo estipulado en el país, el programa ampliado de inmunizaciones determina que la responsabilidad de la EPS está limitada a la aplicación de la vacuna a sus afiliados, pues la consecución y manejo del biológico está financiado con recursos nacionales y la distribución nacional de la vacuna es responsabilidad de las entidades territoriales.

La articulación entre EPS y entidades territoriales no ha sido fácil y todavía existen dificultades en el flujo de información, a tal punto que no ha sido posible que la población afiliada que se vacuna por fuera de la red de prestadores de servicios de una EPS pueda ser identificada como vacunada por esa misma EPS. Por ello, es interesante analizar un programa de vacunación que busca superar estas dificultades (véase tabla 18).

3.3.2 El programa de tamizaje de tuberculosis de la EPS Compensar

La tuberculosis es una enfermedad ancestral que adquirió recientemente la condición de enfermedad reemergente, bajo la consideración de que en algún momento estuvo bajo control –o al menos su tendencia iba en franco descenso–, pero volvió a reaparecer en condiciones epidémicas. Durante los últimos años, la enfermedad se ha vuelto una preocupación

Tabla 18. Ficha técnica de la experiencia de vacunación en la EPS Sanitas

Inicio	2007 con un nuevo modelo de atención
Objetivos/metás	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenir las siguientes enfermedades: TBC, poliomiélitis, rubeola, difteria, tétanos, tosferina, meningitis (por HI), parotiditis, sarampión, hepatitis B y fiebre amarilla; se dirige a menores de 5 años y mujeres en edad fértil.
Métodos y estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque de derechos utilizando inducción de la demanda.
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión del talento humano. ▪ Suministro de insumos-cadena de frío. ▪ Fortalecimiento de la red de servicios. ▪ Fortalecimiento del Sistema de Información. ▪ Comunicación y demanda inducida.
Indicadores de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tablas de seguimiento de cumplimiento de metas, programación actualizable mes tras mes para hacer demanda inducida, se adiciona al volumen de dosis (matrices de programación) la población afiliada por vacunar sin ajustar a mitad de período (coberturas administrativas con metas útiles); esto aumenta la exigencia de las metas que establece el MPS. Semaforización con metas calculadas siguiendo parámetros del MPS y comparación de años anteriores con gráficos. ▪ Visitas de asesoría a IPS (valoración de los servicios de vacunación). ▪ Indicadores de gestión.
Resultados alcanzados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coberturas útiles por encima del 95% para polio (3^{ra} dosis), Hemophilus, influenza (3^{ra} dosis) e influenza adultos, tres de los cinco biológicos seleccionados como marcadores. ▪ Estandarización del mecanismo de reporte y procesamiento de datos para construir indicadores de coberturas de vacunación.
Resultados alcanzados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Captura del dato para coberturas de vacunación en el 89% de las ciudades autorizadas para la EPS, que corresponde al 99% de la población menor de 1 año y 98% de la población adulta mayor. ▪ Posicionamiento de vacunación PAI en IPS de medicina prepagada. ▪ Divulgación de vacunación PAI con enfoque de derechos de los niños en la población de EPS y de medicina prepagada.

Tabla 18. Ficha técnica de la experiencia de vacunación en la EPS Sanitas (continuación)

Inicio	2007 con un nuevo modelo de atención
Flujo de información y calidad de los datos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La gestión de información (acopio, distribución, uso, pérdida) de vacunas se encuentra centralizada en el nivel central de la organización de las clínicas, se contrasta con los reportes de la SDS y se retroalimenta con la alta dirección de la Clínica Colsanitas.
Factores que facilitaron la implementación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interés nacional por la vacunación, normativas nacionales. ▪ Apoyo de la dirección de la institución. ▪ Permanencia del personal en la institución. ▪ Continuidad de las personas que manejan el programa.
Factores que dificultaron la implementación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Movilidad del personal vacunador. ▪ Dificultades con la consecución de biológicos-inclusiones parciales-.
Contexto institucional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La EPS hizo un cambio en el modelo de atención: paso de la atención basada en consultorios a IPS de primer nivel con población asignada (Unidades de Atención Primaria). La EPS se relaciona con la central de gestión del riesgo de la Organización Sanitas Internacional. Tiene una red de IPS propias y externas. Algunas con población asignada y contratación por capitación denominadas UAP y otras llamadas clinicentros. ▪ 6,2% de la población menor de 5 años; 24,8% mujeres en edad fértil.

Fuente: elaboración propia

mundial, tanto así que desde 1997 las autoridades sanitarias mundiales la monitorean de manera especial, y las acciones de control están incorporadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio; además, existen directrices específicas para su enfrentamiento (OMS, 2010).

En Colombia, como en el resto del mundo, la lucha contra la tuberculosis no ha sido fácil, y se reconoce que esta labor es un enorme desafío para los sistemas de salud y para los programas preventivos, dadas las dificultades del seguimiento de sintomáticos respiratorios, la coinfección de tuberculosis con el VIH/SIDA, la resistencia a fármacos antituberculosos y, de manera especial, la presencia cada vez más amplia de tuberculosis multidrogorresistente. Ante ello, desde el 2006 el país adelanta el plan estratégico “Colombia libre de tuberculosis”, que fue

incorporado al Plan Nacional de Salud Pública (Ministerio de la Protección Social/INS/OPS, 2009).

Los esfuerzos desplegados en el país para prevenir la enfermedad han sido intensos, aunque no siempre han alcanzado la efectividad anhelada. Esto le otorga mayor interés a las experiencias institucionales que adoptan y desarrollan de manera práctica los lineamientos contenidos en el plan estratégico nacional (véase tabla 19).

Tabla 19. Ficha técnica de la experiencia de tamizaje de tuberculosis de la EPS Compensar

Inicio	2009
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el plan de detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno de pacientes TBC.
Métodos y estrategias	<ul style="list-style-type: none"> Inteligencia epidemiológica. Inducción a la demanda. Administración del riesgo.
Indicadores de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Número de pruebas (baciloscopias, cultivos). Diagnósticos confirmados. Tratamientos.
Resultados alcanzados	<ul style="list-style-type: none"> Integración programa TBC con VIH. Capacitación a 88 profesionales. Aumento del diagnóstico de TBC en nivel I.
Flujo de información y calidad de los datos	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación con matriz de indicadores.
Factores que facilitaron la implementación	<ul style="list-style-type: none"> Interés internacional (ODM-6). Interés nacional (Plan Colombia Libre de TBC). Conciencia como organización de la importancia del DX de TBC (las enfermedades transmisibles son prioridad del Plan de Salud de la EPS).
Factores que dificultaron la implementación	<ul style="list-style-type: none"> Debilidades en la formación que tiene el personal médico.
Contexto institucional	<ul style="list-style-type: none"> La dependencia que maneja el programa es Administración del Riesgo (antes denominado PyP); la EPS tiene un enfoque de gestión de procesos (líder, evaluador y gestor –planeador, organizador, auditor–). Descentralización de los servicios mediante unidades básicas.

Fuente: elaboración propia

3.3.3 El programa AIEPI de la EPS Cafesalud

En el contexto forjado por la conciencia de la problemática de la mortalidad infantil en el mundo y el reconocimiento de la carta de derechos de la infancia, la OPS/OMS y UNICEF desarrollaron, en 1992, una iniciativa conjunta dirigida a disminuir la morbilidad y mortalidad de los niños menores de cinco años, que se ha conocido como estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Esta estrategia busca mejorar las condiciones de la salud infantil mediante un esfuerzo sostenido por aumentar el acceso de la población tanto a las acciones de promoción de la salud como a las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes en la infancia. Bajo esta directriz, la estrategia se ha ido implantando desde 1996 en varios países latinoamericanos; en Colombia inició en 1999 (Balladelli et al, 2009b).

La estrategia AIEPI, tal como está concebida, permite: profundizar en el conocimiento de la situación de salud de la infancia, fortalecer la capacidad local para la identificación y resolución de la mayoría de los problemas sanitarios que afectan a los menores de cinco años, y mejorar la capacidad de gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan por el mejoramiento de las condiciones de la salud infantil. Varias han sido las experiencias AIEPI en el país, así como disímiles sus contextos de desarrollo. Por otra parte, los esfuerzos desplegados han puesto en evidencia la necesidad de institucionalizar la propuesta, dándole continuidad y sostenibilidad financiera (véase tabla 20).

3.3.4 La política para la reducción de la muerte materna y perinatal de la EPS Saludcoop

La mortalidad materna ha sido, desde hace un buen tiempo, una preocupación central para la salud pública; dada su alta frecuencia en el mundo, su enfrentamiento se ha constituido en uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Al igual que el resto de indicadores de salud sexual y reproductiva, la mortalidad materna está directamente relacionada con las posibilidades de acceso y calidad de los servicios asistenciales, con el nivel educativo, con los índices de pobreza y, en general,

Tabla 20. Ficha técnica de la experiencia de implementación del programa AIEPI de la EPS Cafesalud

Inicio	2004
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia para niños menores de 5 años.
Métodos y estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación metodología AIEPI/OPS. ▪ Estrategia educativa a usuarios. ▪ Historia AIEPI en línea. ▪ Medicina basada en evidencia.
Indicadores de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de consultas. ▪ Egresos hospitalarios. ▪ Uso de servicios de urgencias.
Resultados alcanzados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución en el uso de servicios de urgencias en menores de 5 años. ▪ Disminución de los egresos hospitalarios por enfermedades abordadas por AIEPI. ▪ Disminución del diagnóstico AIEPI hospitalario. ▪ Posicionamiento de la estrategia AIEPI.
Flujo de información y calidad de los datos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Información Integrado. ▪ Monitoreo de indicadores (consultas, ambulatorias, urgencias).
Factores que facilitaron la implementación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aval internacional de la estrategia AIEPI. ▪ Interés nacional por la mortalidad infantil. ▪ Aval institucional.
Factores que dificultaron la implementación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotación de personal. ▪ Egresados de las universidades no conocen la AIEPI. ▪ Tiempo de desarrollo de la historia clínica AIEPI.
Contexto institucional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6,4% de los afiliados son menores de 5 años.

Fuente: elaboración propia

con condiciones socioculturales desfavorables que impiden que se lleve a buen término el embarazo (Ministerio de la Protección Social, 2004b).

En Colombia, la situación de la mortalidad materna ha generado polémica por estimarse que su frecuencia es muy alta en comparación con otros países, y por las dificultades que genera el cambio en el proceso de recolec-

ción de la información. La preocupación llegó hasta tal punto que, para el año 2004, el Gobierno Nacional estableció un plan de choque nacional para ser desarrollado en nueve meses, con el objetivo expreso de reducir en un 50% la mortalidad materna por causas evitables (Ministerio de la Protección Social, 2004b). Posteriormente, la preocupación por la reducción de la mortalidad materna se ha resaltado en las directrices nacionales en salud pública. Ante este imperativo de acción, resulta de gran importancia comprometer a todas las instituciones del sector sanitario en esfuerzos claros y sostenidos dirigidos a enfrentar esta problemática (véase tabla 21).

Tabla 21. Ficha técnica de la experiencia de implementación de la política para la reducción de la muerte materna y perinatal, EPS–Saludcoop

Inicio	2004
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir la mortalidad materna y perinatal de los usuarios afiliados mediante la generación y aplicación de una política unificada de atención integral. ▪ Meta: Reducir la mortalidad materna y perinatal en un 10% para el 2005, un 35% para el 2010 y un 75% para el 2015, acorde con las metas de la OMS y de acuerdo con los resultados de la línea de base.
Métodos y estrategias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas administrativas (sistema de información unificada, sistema de calidad, integración vertical funcional, programas especiales). ▪ Medidas asistenciales (guías de atención, enfoque de riesgo). ▪ Fortalecimiento del autocuidado.
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilancia de la salud materna perinatal. ▪ Vigilancia epidemiológica materna perinatal. ▪ Salud de la mujer en edad reproductiva. ▪ Accesibilidad de la gestante y de los recién nacidos a la red de servicios.
Indicadores de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De resultados y de proceso. ▪ Número de muertes maternas. ▪ Indicadores de seguimiento: % de digitación de historias clínicas, uso de carné perinatal en el momento del parto, porcentaje de implementación de planes de mejoramiento, etc.
Resultados alcanzados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la RMM en 40%.

Tabla 21. Ficha técnica de la experiencia de implementación de la política para la reducción de la muerte materna y perinatal, EPS–Saludcoop (continuación)

Inicio	2004
Flujo de información y calidad de los datos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Información Perinatal -SIP- (del CLAP). ▪ Sistema de Monitoreo de Operaciones Críticas (SIMOC). ▪ Data WareHouse.
Factores que facilitaron la implementación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de choque para enfrentar la mortalidad materna liderado por el Gobierno (interés nacional sobre el tema). ▪ Apoyo de la alta dirección.
Factores que dificultaron la implementación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotación de personal. ▪ Resistencia al cambio de tecnologías (protocolos). ▪ Debilidades en procesos de referencia y contrarreferencia (niveles 1 y 2).
Contexto institucional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Grupo Saludcoop pertenece al sector cooperativo; opera en 1.000 municipios, 31 departamentos; cuenta con 6 millones de afiliados, el 30% de ellos en Bogotá y Cundinamarca y se divide en 13 regionales; cuenta con IPS propias (36 clínicas y 12 centrales de urgencia), 4 centros de consultas especializadas, 250 IPS asociadas de 1er nivel y 23 IPS especializadas. ▪ 29,.2%de los afiliados son mujeres en edad fértil.

Fuente: elaboración propia

3.3.5 Algunas lecciones aprendidas

Cabe resaltar cinco aspectos relevantes que comparten las experiencias referenciadas y que fueron señalados como factores importantes para el éxito de las iniciativas. En primer lugar, apoyo total de la alta dirección de las instituciones; el segundo, continuidad del personal encargado de las mismas; en tercer lugar, la posibilidad que han tenido las EPS de contar con su propia red de servicios; el cuarto, el vínculo de colaboración que, por lo menos en Bogotá, han tenido con la Secretaría Distrital de Salud. También vale la pena señalar, como quinto aspecto, la importancia que adquiere la estandarización de los sistemas de información.

En lo que se refiere al primer aspecto, todas las personas entrevistadas reconocieron que, para que una iniciativa se desarrolle, es funda-

mental contar con el respaldo de la alta dirección. Ello exige, por supuesto, que los líderes de las propuestas puedan acceder a las directivas, logren convencerlas y posicionar las ideas institucionalmente. Pero una vez se consigue, el trabajo se hace más fácil y se resta importancia a los obstáculos que se presenten, por grandes que sean.

Frente al segundo aspecto, si bien en opinión de las personas entrevistadas la movilidad del personal en el sector es muy alta, todas señalaron que en sus propias instituciones no se daba en un alto porcentaje y reconocieron la experiencia que los líderes –y aun muchos de los operarios– han podido mantener gracias a cierta estabilidad; esto naturalmente redundaba en una mejor capacidad de gestión y en una continuidad importante en los procesos.

En relación con el tercer aspecto, es interesante resaltar que todos los encargados de las experiencias señalaron lo esencial que ha sido contar con IPS propias por dos razones: por un lado, porque resulta más fácil la interacción con ellas, y esto agiliza el proceso de implementación de las iniciativas; por otro lado, porque el hecho de poder implementar las experiencias en la propia red les ha ayudado, por efecto de demostración, a que la red adscrita se motive para participar en las experiencias y adecuar sus dinámicas para cumplir con sus responsabilidades. En este sentido, la articulación funcional entre IPS y EPS se percibe como un elemento que ha jugado un papel positivo.

En el cuarto aspecto, llama la atención lo importante que ha sido, en opinión de los entrevistados, la interacción con la SDS. En particular, se reconoce que dicha interacción ha sido respetuosa, con acuerdos definidos y bajo el interés de hacer que las experiencias brinden los frutos deseados y que, en últimas, se atienda mejor a las personas. Aquí vale la pena señalar que se considera un acierto la labor de acompañamiento y vigilancia dado por la SDS, pues no ha sido autoritaria o centrada en la amenaza de castigo como, al parecer, sí ha ocurrido en otras partes del país. Por último, los encargados de las experiencias le dan una gran importancia a la inversión que han hecho las instituciones en la creación y adecuación de sistemas de información robustos que posibilitan no sólo el flujo permanente de datos, cada vez más cerca al tiempo real, sino procesos de seguimiento y evaluación más ágiles y eficaces.

3.4 Reflexiones finales

Si bien el análisis anterior no pretendía ser exhaustivo y, por lo tanto, con seguridad deja aspectos sin abordar, el ejercicio sirve para poner de relieve, a modo de balance, los avances en el campo de la salud pública que se han dado en el país, así como los retos que se han enfrentado. Esta visión sintética puede servir para entender el contexto en que se forjan las actuales preocupaciones salubristas en el país, al mismo tiempo que ayuda a encarar con mayor entereza los nuevos desafíos.

La labor salubrista es una tarea ardua, de constante renovación y sensible a las vicisitudes socioeconómicas y políticas que vive el país. Tanto el análisis histórico que se ha intentado hacer, y que aquí se registra como un sucinto recorrido por tres momentos, como el análisis estructural de algunas de las experiencias consideradas exitosas por las EPS, permiten formular algunas premisas de intereses e importancia general:

- La historia de la salud pública no es una historia lineal de aciertos acumulativos ni una historia simple de progreso permanente y continuo. Es, por el contrario, una historia compleja y llena de altibajos que, en todo caso, evidencia avances de importancia y retrocesos momentáneos pero, sobre todo, cambios de énfasis y tendencias según los retos que surgen en cada momento significativo.
- Para que las políticas y las directrices normativas trasciendan su condición de palabras en el papel y se vuelvan una realidad operativa se requiere tiempo, continuidad, gradualidad y la acción conjunta de múltiples incentivos que operen como facilitadores e impulsores de los cambios propuestos.
- Fortalecer la autoridad sanitaria estatal, tanto a nivel nacional, como departamental y municipal, requiere aumentar las capacidades institucionales para la gestión de iniciativas y la ejecución de acciones eficaces, que supere la escasez de recursos financieros, la alta rotación de talento humano y las restricciones impuestas por una legislación abundante que a veces resulta contradictoria.
- Se requiere un liderazgo local y estatal para que las políticas sean ejecutadas.

- Se deben preparar líderes que posibiliten los procesos de transformación que se busca impulsar.
- Es necesario que las competencias que se le asignan a una entidad o institución estén acompañadas de asignación de recursos suficientes, tanto económicos, técnicos, operativos como de talento humano.
- La implementación de las propuestas se facilita en la medida en que existan herramientas adecuadas de planeación y seguimiento a la ejecución de las acciones, así como procesos de gestión continuados que afecten a las instituciones responsables de ejecutar esas propuestas.
- Es muy útil estandarizar la información nacional para permitir ciclos de análisis a diferentes niveles de agregación, ya sea geográfica o poblacional. Además, es deseable definir un mínimo nivel de agregación que tenga sentido técnico y político.
- La articulación entre sectores, instituciones, grupos y personas es un proceso complejo que se realiza en contextos de mucha tensión y que no surge de manera espontánea. Por lo tanto, es necesario formular y elaborar pautas, dinámicas, procedimientos y herramientas específicas que orienten dicho proceso.
- La acción en salud pública, si bien tiene un componente técnico muy importante, también es un asunto de índole política; por lo tanto, queda inserta en un campo de batalla donde diferentes actores enfrentan sus maneras de entender la sociedad y sus heterogéneos intereses al actuar sobre ella.

La enunciación de estos elementos corrobora algunas de las lecciones que el mundo salubrista ha aprendido durante muchos años y que ahora hace evidente; si bien existen avances de gran importancia, cada época trae sus propias inquietudes y angustias. Por ello, en el ámbito de la salud pública siempre habrá mucho por hacer.

Capítulo 4





Propuestas para mejorar la gestión sanitaria

El trabajo efectuado hasta ahora ha buscado entender, de una manera general, cómo se han desarrollado las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, con el fin de identificar avances, obstáculos, posibilidades y retos de la labor en salud pública en el país.

Ahora es el momento de ordenar las propuestas que fueron surgiendo en el proceso de análisis llevado a cabo. En el presente capítulo se presenta una descripción más detallada de los retos del presente y, bajo el esquema de las áreas de acción sanitaria y esferas de acción social arriba utilizado, se formula una serie de propuestas para enfrentarlos. Como un recurso para facilitar la presentación de las ideas, se mantiene el uso de las preguntas orientadoras.

4.1 ¿Qué retos tienen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS?

Para responder esta pregunta, se realizaron varias sesiones exploratorias de trabajo y luego se agruparon los retos identificados en torno a los tres espacios de acción que plantea la Ley 1438 de 2011 (acciones intersectoriales, sectoriales y de corresponsabilidad) y a las cinco líneas de política definidas por el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (promoción de la salud y la calidad de vida; prevención de los riesgos; recuperación y superación de los daños en salud; vigilancia de la salud y gestión del conocimiento; y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional).

Es necesario tener en cuenta la reforma del SGSSS establecida por las leyes 1122 del 2007 y 1438 del 2011. Aunque estas intentan corregir debilidades y afianzar fortalezas del SGSSS, varias de las disposiciones establecidas allí aún no se han reglamentado e implementado. Por lo tanto, los retos descritos a continuación, pueden modificarse una vez se implemente dicha reglamentación (véase tabla 22).

4.1.1 Intersectorialidad: avances y retos

El SGSSS ha adoptado de manera explícita e implícita el hecho de que los resultados en salud son producto de múltiples factores; por esto, su abordaje requiere del trabajo mancomunado con otros sectores. La Ley

Tabla 22. Retos intersectoriales

Propuesta por línea	Actividad
En promoción de la salud y la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contar con herramientas concretas que hagan visible el concepto de salud como elemento fundamental del desarrollo económico a través de las políticas de todos los sectores.
En prevención de los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construir un marco institucional para la intersectorialidad con claras funciones del sector salud en lo intersectorial. ▪ Posicionar en la opinión pública los temas más relevantes para la salud de la población.
En recuperación y superación de los daños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articular, implementar y medir el impacto de la Ley de discapacidad (Ley 1145 de 2007), la política de discapacidad del Conpes del 2004, las políticas para envejecimiento y vejez (Conpes 2793 de 1995 y Política del MPS del 2007) y la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 2358 de 1998).
En vigilancia en salud y gestión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir una agenda intersectorial de largo aliento que asuma la vigilancia en salud como un asunto de seguridad nacional que requiere acciones intersectoriales de mediano y largo plazo.
En gestión integral para el desarrollo operativo y funcional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidir en la agenda legislativa del Congreso y en los medios de comunicación en temas de salud pública como estrategia para involucrar a otros sectores.

Fuente: elaboración propia

1438 refuerza la necesidad de este trabajo coordinado y dispone la creación de una comisión de seguimiento a las agendas interministeriales.

Se pueden mencionar acciones intersectoriales ya existentes: la ley de discapacidad (Ley 1145 de 2007); la Política de Discapacidad del Conpes de 2004; las Políticas para Envejecimiento y Vejez (Conpes 2793 de 1995 y Política del MPS de 2007); el Plan Decenal para el Manejo del Cáncer; la Política de Salud Mental (Resolución 2358 de 1998); las agendas interministeriales sobre ambiente y agricultura; el fortalecimiento de la vigilancia intersectorial sanitaria, mediante la implementación del Reglamento Sanitario Internacional; las políticas Conpes de temas sanitarios intersectoriales; la creación de comisiones intersectoriales de alto

nivel como la Comisión de Vigilancia de H1N1; la consolidación de la investigación en salud bajo el liderazgo de Colciencias; y la creación de la Comisión Intersectorial en Salud Pública (Ley 1438 de 2011).

Uno de los retos consiste en definir una agenda intersectorial de largo aliento, en la que todos los esfuerzos estén coordinados y organizados en un marco común que contemple la evaluación del impacto en el campo de la salud. En este sentido, el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021 se constituye en una gran oportunidad para superar este reto.

Actualmente otro reto importante es contar con un marco institucional con claras funciones y con una descripción de los mecanismos de articulación y seguimiento, para que todos los sectores aúnen esfuerzos, de manera que se creen sinergias. Asimismo, sería interesante que en la agenda legislativa del Congreso y en la opinión pública se privilegien temas de interés nacional que hagan visible el concepto de salud como elemento fundamental del desarrollo económico. Uno de esos grandes temas nacionales podría ser la caracterización como asunto de seguridad nacional la detección y manejo de emergencias de origen biológico.

4.1.2 Sector salud: avances y retos

Por un lado, se avanza al incluir la promoción de la salud como un componente de la atención que se brinda en el SGSSS; sin embargo, falta una mayor claridad en las acciones específicas que deben ejecutar en este campo las instituciones del SGSSS: las entidades territoriales, EPS, ARP e IPS con sus respectivos mecanismos de articulación y evaluación. Este reto es aún más relevante al evidenciar que no existe un marco teórico adoptado de la promoción de la salud propiamente dicha, pues casi siempre se orienta a actividades preventivas y no a mejorar la calidad de vida o el bienestar de las personas con independencia de si están en riesgo o no de enfermar. Esta es una gran oportunidad en el marco de un trabajo intersectorial; sin embargo, también requiere ser desarrollada en el plano conceptual y operativo.

La reglamentación expedida por el MPS para el seguimiento de las actividades preventivas obligatorias del POS evidenció la necesidad de utilizar herramientas de programación para calcular las actividades que las

EPS deben realizar; efectivamente, se promovió el aumento del uso de estos servicios; sin embargo, la ineficacia para resolver las inconformidades con algunos de los factores utilizados para hacer los cálculos, la lentitud en la actualización de la reglamentación de la Ley 1122 de 2007, y la existencia de metas diferentes para los regímenes subsidiado y contributivo son algunos asuntos que ameritan revisión, discusión y ajuste.

Otro avance importante es la cobertura de acciones preventivas para la mayor parte de enfermedades en los planes de beneficios (especialmente en el POS). A pesar de esto, se plantea el reto de buscar, de manera sistemática, nuevas alternativas de prevención y que este enfoque preventivo sea determinante en la decisión de inclusiones en el POS. Otro avance en este campo es el esfuerzo del MPS para que las acciones preventivas que se vayan a incluir en el POS tengan evidencia clínica de su eficacia y estén adecuadamente financiadas en la UPC. Por otro lado, un reto importante es pasar de la evaluación de actividades a la de resultados en el cumplimiento de estas actividades.

Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del PSPIC no tienen el mismo desarrollo en normas técnicas y en instrumentos de evaluación que las actividades preventivas del POS. Esto hace que el PSPIC no sea fácilmente exigible por los ciudadanos y dificulta la complementariedad entre el PSPIC y el POS. Aplicar el avance en las herramientas de programación y seguimiento logradas en el POS al PSPIC sería una forma de superar este reto.

En sí mismo, el plan es un desarrollo en el que se concibe la prevención como un esfuerzo coordinado de múltiples instituciones del sector salud, especializadas en funciones de gestión de política sectorial (ministerio), gestión territorial (entidades territoriales), gestión del aseguramiento (EPS y ARP) y gestión de la prestación de servicios (IPS). Estos actores deben realizar, de manera complementaria, acciones preventivas, definidas expresamente en la legislación, con recursos modestos, pero destinados específicamente a cumplir esas competencias. La Ley 1122 de 2007 estableció el Plan Nacional de Salud Pública como un referente nacional que podía alinear las entidades del SGSSS al sincronizar el plan de salud de las EPS (que incluye las acciones preventivas del POS y la gestión

del riesgo) con el Plan Territorial de Salud (que incluye las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del PSPIC).

En la tabla 23 se observan los retos de la promoción de la salud y de la prevención y recuperación de la enfermedad en el sector salud.

Tabla 23. Retos de la promoción de la salud y de la prevención y recuperación de la enfermedad en el sector salud

Propuesta por línea	Actividad
En promoción de la salud y la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar la promoción de la salud en el SGSSS, definiendo acciones y mecanismos de evaluación en los que se precisen responsabilidades específicas entre entidades territoriales, EPS, ARP e IPS. ▪ Posicionar en la opinión los temas de salud pública más relevantes.
En prevención de los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorizar las acciones preventivas al analizar las inclusiones al POS. ▪ Aplicar el avance en las herramientas de programación y seguimiento logradas en el POS al PSPIC. ▪ Continuar avanzando en el cumplimiento de actividades hacia el logro de resultados en salud. ▪ Incluir a todos los financiadores de acciones preventivas en salud (empresas de medicina prepagada, regímenes especiales, Fondo de Prevención Vial, empresas privadas, entre otros). ▪ Desarrollar herramientas que faciliten y evalúen el logro de la complementariedad. ▪ Desarrollar procesos integrales de prevención desde la perspectiva de riesgo y que articulen EPS, DTS, ARP e IPS. ▪ Estandarizar y clarificar la inducción de la demanda
En recuperación y superación de los daños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar el sistema de habilitación para actividades en salud pública tanto colectivas como individuales. ▪ Evaluar del mismo modo la habilitación para los sectores público y privado. ▪ Enfatizar en los resultados, en la confiabilidad de la información, en la mayor estandarización y cobertura del reporte. Flujo de información. ▪ Formación del talento humano: conocimiento de las guías, implementación y seguimiento. ▪ Integralidad de la atención (evitar que los trámites interrumpen la continuidad y la oportunidad de la atención según parámetros técnicos). ▪ Adherencia a las guías de tratamiento en enfermedades de interés en salud pública por parte de los profesionales de la salud.

Fuente: elaboración propia

Otro de los desafíos es superar las dificultades que persisten en la articulación entre las instituciones del SGSSS, incluyendo en tal articulación a los financiadores de acciones preventivas de salud (empresas de medicina prepagada, regímenes especiales, Fondo de Prevención Vial, empresas privadas, entre otros, teniendo en cuenta priorizar la inclusión de los planes de las ARP y planes de las IPS). Esto permitiría desarrollar procesos integrales de prevención desde la perspectiva de riesgo para todo el SGSSS, que faciliten, afiancen y mejoren la complementariedad entre actores.

Además de los retos mencionados, deberán tomarse en consideración los siguientes:

- Ajustar la metodología utilizada para la planeación en salud, teniendo en cuenta la lógica técnica, el enfoque por resultados y las diferencias en los ciclos y requerimientos de entidades públicas y privadas.
- Afinar con mayor precisión algunas funciones de los actores del SGSSS.
- Facilitar el flujo de información entre actores.
- Verificar la suficiencia de los recursos para cumplir a cabalidad las responsabilidades asignadas a cada actor.
- Estandarizar las herramientas de seguimiento y evaluación de la formulación y ejecución de los planes de salud para que el despliegue del Plan Decenal de Salud Pública sea armónico y fluido.
- Reglamentar e implementar de manera escalonada (con pruebas piloto previas) la evaluación de todos los actores del SGSSS mediante indicadores de gestión y resultados en salud, de modo que los resultados orienten los ajustes necesarios.

En la tabla 24 se presentan los retos asociados a la vigilancia y gestión del sector salud.

En relación con los servicios de salud, se evidencian avances en cuanto al aumento de las coberturas de afiliación y al número y tipo de mecanismos que tiene el usuario para solicitar atención médica. Se establecen formas de solidaridad entre los afiliados que contribuyen y aquellos que requieren un subsidio, entre quienes usan poco los servicios

Tabla 24. Retos de vigilancia y gestión del sector salud

Propuesta por línea	Actividad
<p>En vigilancia en salud y gestión del conocimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartir información con las EPS relacionado con los afiliados con enfermedades o accidentes laborales. ▪ Desarrollar estrategias conjuntas entre EPS y ARP (en el marco de sus respectivas competencias) para prevenir, identificar y tratar afiliados que presenten enfermedades laborales y generales simultáneamente. ▪ Desarrollar e implementar todos los módulos del SIVIGILA teniendo cuidado de evitar la multiplicidad de esfuerzos de las unidades primarias generadoras de datos -UPGD-. ▪ Aumentar tanto el número de UPGD que notifican como la confiabilidad y oportunidad de la información que generan. ▪ Lograr un equilibrio en la orientación de la investigación en salud, estableciendo un balance entre la investigación básica, clínica y poblacional. ▪ Reglamentar e implementar la evaluación de resultados de los actores del SGSSS mediante indicadores de gestión y resultados en salud.
<p>En gestión integral para el desarrollo operativo y funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afinar con mayor precisión algunas funciones de los actores del SGSSS. ▪ Evaluar la suficiencia de los recursos requeridos para cumplir a cabalidad con las competencias. ▪ Articular efectivamente los actores del SGSSS, de manera que se optimicen esfuerzos. ▪ Generar un flujo oportuno de información confiable entre los actores del SGSSS que facilite la toma de decisiones efectivas. ▪ Definir e implementar mecanismos para el seguimiento y la evaluación de la gestión de todos los actores del SGSSS. ▪ Ajustar el SGSSS a poblaciones que habitan territorios extensos con alta dispersión poblacional, a grupos étnicos protegidos constitucionalmente, como los indígenas y afrodescendientes, a la población carcelaria y a la población en situación de discapacidad o en situación de desplazamiento forzado.

Fuente: elaboración propia

y aquellos con mayores necesidades. También se cubre a la población contra riesgos derivados de enfermedad común y de origen laboral; y no solo se ampara al empleado, sino también a su familia.

En este aspecto, los principales retos son: ajustar el SGSSS a poblaciones que habitan territorios extensos con alta dispersión poblacional, a grupos étnicos protegidos constitucionalmente (indígenas y afrodescendientes) y a grupos como la población carcelaria, las personas en situación de discapacidad o en situación de desplazamiento forzado; desarrollar estrategias conjuntas entre EPS y ARP (en el marco de sus respectivas competencias) para prevenir, identificar y tratar afiliados que presenten enfermedades laborales y generales simultáneamente.

En la ejecución del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se ha hecho visible la necesidad de establecer lineamientos técnicos basados en la evidencia para el manejo de los temas clínicos de las enfermedades de interés en salud pública y la elaboración de planes de contingencia ante potenciales epidemias. Los retos consisten en lograr:

- Que la habilitación sea evaluada de la misma manera en el sector público y en el privado.
- Que la habilitación aplique a las actividades de salud pública, tanto colectivas como individuales.
- Que se evalúe la integralidad de la atención (evitar que los trámites interrumpen la continuidad y la oportunidad de la atención según parámetros técnicos).
- Que se evalúe la adherencia a las guías de tratamiento en enfermedades de interés en salud pública a cargo de los profesionales de la salud.

El fortalecimiento de iniciativas para estandarizar y unificar reportes y bases de datos permite que diferentes instituciones puedan reportar y consultar información en línea, en tiempo real, y mejorar la atención sin barreras. Sin embargo, aún es necesario enfatizar en la evaluación de resultados, en mejorar la confiabilidad de la información, en aumentar la estandarización y la cobertura del reporte y en optimizar la oportunidad en el flujo de la información.

En la legislación vigente existe la intención de fortalecer el Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para optimizar la vigilancia y control en el campo de la salud pública, mediante el diseño e implementación progresiva de los módulos del Sivigila, y para avanzar en la consolidación de la inspección, vigilancia y control de las instituciones del SGSSS. No obstante, este fortalecimiento debe aumentar el número de entidades que notifican y la confiabilidad y oportunidad de la información que reportan, de modo que se evite, por un lado, la solicitud de información excesiva que pueda entorpecer el funcionamiento de las entidades y, por otro lado, el acopio de grandes volúmenes de datos sin analizar que obstaculicen la toma oportuna de decisiones.

4.1.3 Participación y corresponsabilidad: avances y retos

En este aspecto, se observa la existencia de un marco legal que involucra a los ciudadanos y que establece mecanismos que garantizan la protección de los derechos de los afiliados, la consolidación de las asociaciones de pacientes y la figura del defensor del afiliado. De este modo, se logra una mayor exigencia de los derechos de los pacientes frente a las coberturas del POS. Socialmente existen más espacios utilizados para la actividad física y se evidencia una preocupación por la adecuada nutrición, que promueve, en cierta manera, una mayor disponibilidad de alimentos saludables (véase tabla 25).

Las autoridades sanitarias realizan intentos para desarrollar formas de vigilancia comunitaria que incluyen el seguimiento a rumores de eventos potencialmente peligrosos para la salud, a través de notificadores comunitarios o del monitoreo de las noticias en los medios de comunicación. No obstante, falta integrar los reportes de la vigilancia comunitaria a otras formas de vigilancia incluidas en el Sivigila.

Es notoria la intención de promover el desarrollo e implementación de una planeación en salud verdaderamente participativa, a partir de las metodologías de elaboración del Plan Nacional Plurianual (dece-nal y cuatrienal) y en los planes de salud de entidades territoriales.

Tabla 25. Retos en participación y corresponsabilidad

Propuesta por línea	Participación y corresponsabilidad
En promoción de la salud y la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avanzar de los procesos de consulta a la participación efectiva en la toma de decisiones.
En prevención de los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar la adopción de medidas preventivas y comportamientos saludables, y realizar mediciones periódicas. ▪ Apropiar los servicios preventivos como un derecho y movilizar la sociedad hacia la utilización efectiva de los mismos.
En recuperación y superación de los daños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir no sólo pacientes, sino usuarios sin enfermedad. ▪ Tener mayor capacidad de incidir en la agenda legislativa. ▪ Posicionar los temas de enfermedades de interés en salud pública usando medios de comunicación. ▪ Participar efectivamente en las instancias directivas de las instituciones. ▪ Fortalecer la participación de las comunidades en la adaptación sociocultural de las acciones en salud. ▪ Legitimar el POS y definir los casos de excepción y los mecanismo de acceso para tales casos.
En vigilancia en salud y gestión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrar los reportes de la vigilancia comunitaria a otras formas de vigilancia.
En gestión integral para el desarrollo operativo y funcional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr que la participación ciudadana sea efectiva.

Fuente: elaboración propia

En este sentido, el reto consiste en avanzar de los procesos de consulta a la participación efectiva en la toma de decisiones, tanto en la protección de los derechos como en las metodologías de elaboración de planes en salud, pues habitualmente los tiempos que se definen, los recursos disponibles y los instrumentos metodológicos que se emplean no permiten una participación realmente efectiva.

Además, conviene facilitar la participación efectiva de los usuarios sin enfermedad (y no solo de los pacientes) en las instancias directivas de las instituciones, de modo que se facilite la adaptación sociocultural de las acciones en salud a las costumbres de las comunidades y preferencias de los ciudadanos.

Otro reto consiste en difundir en la población general conocimientos sobre la estructura y funcionamiento del SGSSS y sobre temas relacionados con enfermedades de interés en salud pública, con el fin de que los usuarios utilicen apropiadamente los servicios de salud, tomen conciencia de los servicios preventivos como un derecho, aumenten la adopción de medidas preventivas y comportamientos saludables, tengan mayor oportunidad de incidir en la agenda legislativa y generen procesos de movilización social.

4.1.4 Lecciones aprendidas

Además de los avances y retos descritos en las páginas anteriores, también es posible mencionar algunas lecciones aprendidas; entre ellas:

- Se necesita tiempo para impulsar cambios en el SGSSS con lineamientos claros y divulgados, y herramientas de evaluación estandarizadas ligadas a incentivos.
- Los mecanismos de evaluación deberían ser estandarizados en el orden nacional con poblaciones mínimas, para que se facilite el análisis de la información.
- Fortalecer la autoridad sanitaria municipal requiere desarrollar capacidades institucionales y superar la escasez de recursos financieros, la alta rotación de talento humano y las restricciones impuestas por una legislación abundante que, a veces, resulta contradictoria.
- El MPS debería analizar los efectos posibles de las políticas y programas de otros ministerios que pueden afectar la salud de la población.
- Las propuestas técnicas siempre deberían tener en cuenta las responsabilidades de los actores y la suficiencia de los recursos, tanto los transferidos por primas como por presupuesto.
- Para que las acciones promocionales o preventivas sean apropiadas, deben tener las siguientes características:
 - Asociarse al resultado buscado.
 - Intervenir una situación o característica modificable.

- Responder al criterio costo-efectividad.
- Contar con los recursos requeridos (tiempo, talento humano, información, marco legislativo y voluntad política).
- Para mejorar la implementación de los próximos planes nacionales, sería conveniente contar con:
 - Manual explicativo, que incluya modelos y lineamientos.
 - Herramientas operativas y de evaluación.
 - Ajustes en las normas técnicas y jurídicas.
 - Revisión de la estructura y funcionamiento del SGSSS y del MPS.
 - Flujo de información y de recursos.
 - Incentivos
- Es conveniente incluir los determinantes de la salud y la búsqueda de equidad en el análisis de los planes de salud de EPS y entidades territoriales.
- Es necesario ofrecer más información a los ciudadanos y promover el cuidado de sí.
- En el SGSSS se entiende la prevención de dos maneras complementarias: suministrar procedimientos preventivos y modificar la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad.

4.2 Descripción de las propuestas

En las páginas anteriores se esbozaron avances dentro de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS; también se mencionaron retos que sería conveniente superar. Ahora se pretende analizar algunas de las propuestas de los ámbitos intersectorial, sector salud y participación y corresponsabilidad para afrontar parte de los retos descritos.

4.2.1 Intersectorialidad

En relación con este ámbito, se observa la necesidad de contar con un plan maestro de acciones intersectoriales de salud, de disponer

de herramientas de planeación y seguimiento para la realización de dichas acciones, y de brindar importancia particular al desarrollo del talento humano en salud (véase tabla 26).

Tabla 26. Propuestas frente a la intersectorialidad

Propuestas intersectoriales por línea de política	
Promoción de la salud y de la calidad de vida	Diseñar e implementar herramientas de evaluación del impacto en salud de las políticas de otros sectores sobre el bienestar y la calidad de vida; para ello, se propone elaborar un manual de HIA adaptado a Colombia que contenga herramientas estandarizadas incluidas como criterios de evaluación de proyectos por el DNP (MGA y BPIN) que permita enriquecer los informes para la Comisión Intersectorial del Conpes y para los CTSSS.
Prevención de los riesgos	
Recuperación y superación de los daños	Establecer las prioridades y las metas, y crear indicadores o encuestas que permitan el seguimiento.
Vigilancia en salud y gestión del conocimiento	Definir y liderar un plan intersectorial de vigilancia aprobado por el Consejo de Ministros y el CONPES y liderado por los ministerios del Interior y de la Protección Social.
Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional	Definición del Ministerio de la Protección Social de una agenda temática con estrategias para incidir en asuntos prioritarios en salud y que evidencie con claridad el efecto esperado sobre los determinantes de la salud.

Fuente: elaboración propia

El aporte de las instituciones que regulan y modulan la atención incluye la gestión entre diferentes sectores, como la educación, el transporte, la vivienda, el ambiente y el comercio, porque estos modifican los determinantes de la salud de la población. Para que el aporte de otros sectores impacte positivamente la salud, debe tener como elementos centrales la gestión económica y ambiental sostenible, la evaluación y mitigación del impacto de las políticas, programas y proyectos sobre la salud de la población y la generación de recursos humanos, financieros y tecnológicos.

Se sugiere, para el avance de la intersectorialidad, aumentar la vigilancia sobre el sector salud y fomentar su visibilidad y el liderazgo en la acción intersectorial, y generar planes intersectoriales de acuerdo con el PNSP. Estos deben articular las agendas y normas intersectoriales vigentes, mediante un mapeo de actores, responsabilidades y recursos, que permita implementarlas, en el contexto institucional existente, y desplegarlas a través de los planes de desarrollo territorial. También deberían permitir

posicionar los asuntos más relevantes para la salud de la población en la agenda legislativa del Congreso, en los medios de comunicación y en la población general.

Para seleccionar los temas y estrategias que se deban incluir en estos planes intersectoriales, se recomienda adoptar y adaptar para Colombia la “metodología internacional de evaluación del impacto de las políticas, programas y proyectos de otros sectores sobre la salud” (*Health Impact Assessment*¹), que puede complementarse con evaluaciones del impacto ambiental y social.

El uso de esta metodología de evaluación del impacto en salud permitirá impulsar planes intersectoriales que incluyan herramientas para evaluar antes, durante o después de su implementación los efectos de políticas, programas y proyectos de otros sectores sobre la salud de la población. Para tal efecto, conviene elaborar un manual de evaluación del impacto adaptado a Colombia que contenga herramientas estandarizadas incluidas como criterios para que el Departamento Nacional de Planeación evalúe proyectos de inversión, y que permitan generar informes para la Comisión Intersectorial del Conpes (creada por la Ley 1438 de 2011) y para los CTSSS.

Otra recomendación sería crear una alianza con el Ministerio de Educación Nacional que promueva en las instituciones de educación superior tanto el fortalecimiento de las competencias académicas y laborales del talento humano como gestor de la salud de la población colombiana, como la cantidad y localidad de la oferta de formación de pregrado y posgrado para el entrenamiento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Algunas sugerencias son:

- Definir competencias esenciales para el talento humano con las instituciones educativas, Ascofame, Acofaen y el SENA, que sirvan para orientar los proyectos educativos de los programas académicos relacionados con la atención en salud.

1 Para profundizar en este tema, se puede revisar el número 6, del volumen 81 del Boletín de la Organización Mundial de la Salud publicado en 2003. Puede consultarse electrónicamente en <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/6/en/index.html>

- Incluir, en el desarrollo de los procesos masivos de actualización para el talento humano, según lo establecido en la Ley 1438 de 2011, temas prioritarios para la salud de los colombianos, que incluyan el conocimiento de la estructura y funcionamiento del SGSSS (para que los profesionales del sector salud puedan comprenderlo y mejorarlo). Motivar a los profesionales de la salud para que den ejemplo como facilitadores de cambios en sus pacientes.
- Revisar los incentivos para la formación, contratación y distribución del talento humano que realiza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Generar programas académicos de entrenamiento, proyectos de investigación y programas de extensión (relación con el sector externo) sobre problemáticas relacionadas con promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Un ejemplo de estos programas de extensión es la iniciativa de transformar las universidades en entornos saludables.

4.2.2 Propuestas sectoriales

A continuación se exponen posibles caminos para el desarrollo conceptual de la promoción de la salud y la prevención y recuperación de la enfermedad que permitan a las instituciones del sector fomentar su apropiación y facilitar la integración y coordinación del trabajo de manera clara y alineada a las prioridades del sistema, con el fin de mejorar los sistemas de información y explicitar la interacción interinstitucional. Por último, se presentan algunas ideas para la elaboración del plan decenal de salud (véase tabla 27).

4.2.2.1 Conceptualización de la promoción de la salud y de la prevención y recuperación de la enfermedad

En el SGSSS coexisten distintas maneras de entender la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que no necesariamente son excluyentes, pero cuyos puntos en común todavía no han sido discutidos ni aceptados. Los asuntos que requieren ese análisis y concertación son:

Tabla 27. Propuestas sectoriales por línea política

Propuesta por línea	Actividad
Promoción de la salud y de la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir resultados en salud y en gestión de la promoción de la salud desligados de la historia natural de la enfermedad. ▪ Inventariar las acciones de promoción de la salud en otros países que puedan ser aplicadas al SGSSS con mecanismos de evaluación, y definir si se incluyen en PTS, PSPIC y POS. ▪ Adaptar y adoptar los instrumentos de identificación de planes de vida desarrollados por Antonovsky.
Prevención de los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer explícitamente en la metodología de actualización del POS el efecto preventivo de las intervenciones como criterio de priorización. ▪ Desarrollar mecanismos estandarizados de programación y seguimiento para el PSPIC que incluyan la población afectada, criterios técnicos objetivos que permitan que las ET con el mismo problema tengan que alcanzar las mismas metas. ▪ Definir la metodología y los indicadores de resultados en salud para las acciones preventivas que evidencien la gestión de todas de las instituciones, así como su impacto en los resultados de salud.
Prevención de los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir la cadena de acciones necesarias que permitan identificar puntos de contacto entre EPS, ARP, ET e IPS. ▪ Incluir en el desarrollo del sistema de información en salud mecanismos que permitan acopiar y compartir información de las acciones preventivas realizadas por las instituciones. ▪ Diseñar e implementar mecanismos integrados de identificación y modificación del riesgo en salud. ▪ Definir las acciones de inducción de la demanda y su codificación en el sistema. ▪ Precisar las herramientas de implementación, mecanismos de evaluación y costos de la inducción de la demanda.
Recuperación y superación de los daños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separar la función reguladora de la de inspección, vigilancia y control (IVC) en el caso de las IPS públicas (evitar que las entidades territoriales sean juez y parte). ▪ Reforzar la estandarización de las evaluaciones. ▪ Reglamentar criterios para sitios con único prestador que garanticen que este, con el apoyo y seguimiento del SNS, del MPS o de la alcaldía, cumpla. ▪ Normas técnicas como requisito de habilitación; sistema de información como requisito de habilitación; y establecimiento de requisitos como en otras actividades. ▪ Sistema de fortalecimiento de la gestión de estos indicadores; definir y hacer seguimiento al flujo de información en todas las instituciones.

Tabla 27. Propuestas sectoriales por línea de política (continuación)

Propuesta por línea	Actividad
Recuperación y superación de los daños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer indicadores de resultado. ▪ Incluir contenidos mínimos en temas de salud pública como requisito para la aprobación y renovación del registro calificado de los programas de salud. ▪ Diseñar herramientas dirigidas al personal asistencial y de salud pública para que las decisiones técnicas sean más ajustadas a la evidencia técnico-científico y a las reglas y condiciones del SGSSS (eficiencia). ▪ Gestión de la continuidad de la atención.

Fuente: elaboración propia

1. Mejorar la salud de la población requiere el esfuerzo de muchos sectores. La búsqueda de resultados en el sector demanda esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales, como lo establece la Ley 1438 de 2011. Por lo anterior, es necesario precisar que una entidad no puede ser responsabilizada por los resultados que son competencia de todo el sector; además, se deben reconocer las dificultades en la medición y alcance de los logros de cada institución y sector.

Algunas normas vigentes en el SGSSS establecen la prevención como el suministro de procedimientos preventivos, mientras que otras buscan modificar la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad. Estas dos aproximaciones son complementarias, porque la posibilidad de modificar la ocurrencia de la enfermedad podría implicar la utilización de procedimientos preventivos. Sin embargo, el énfasis en el cumplimiento de las normas técnicas ligadas a actividades podría limitar la capacidad de la EPS para responder efectivamente a las necesidades de la población, si estas fueran diferentes a las fijadas en el nivel nacional.

Asimismo, la intervención de los riesgos detectados por el Sistema de Administración del Riesgo en Salud y por el Plan de Salud de las EPS no necesariamente está alineada con las actividades expuestas en las normas técnicas. Por lo tanto, la identificación y modificación del riesgo de enfermar utiliza los procedimientos preventivos definidos en el POS y en el PSPIC. Sin embargo, es necesario que

este proceso pueda orientarlos para anticiparse y mitigar la ocurrencia de la enfermedad, la complicación y la muerte. Si prevalece la premisa de cumplir con las actividades obligatorias, entonces el plan de salud y la administración del riesgo podrían terminar reducidas a solo facilitar el cumplimiento de metas y de número de procedimientos preventivos realizados, sin tener en cuenta las necesidades preventivas de la población.

2. Aunque la Ley 1438 de 2011 escoge la Atención Primaria en Salud como estrategia fundamental del SGSSS y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como temas claves, es necesario organizar la prestación de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, definiendo si las acciones serán suministradas en el sector salud o con instituciones de otros sectores o en las comunidades. Esta decisión depende del componente tecnológico de las acciones preventivas y de la necesidad de que estas se acoplen a los niveles de atención con procedimientos establecidos para que el usuario pueda acceder.
3. Es importante para el SGSSS armonizar la descentralización territorial con la delegación de la atención en salud a particulares. Por ejemplo, conviene identificar alternativas de financiación de las Empresas Sociales del Estado distintas a la contratación obligatoria por las EPS del régimen subsidiado. En efecto, esta condición dificulta a las EPS el cumplimiento de las responsabilidades que tienen en la legislación vigente, en la medida en que el prestador no tendrá incentivos para garantizar una actividad alineada con los requerimientos del SGSSS, si no hay posibilidad de perder la contratación. En este punto, existe un conflicto adicional en términos de las funciones de competencia territorial: los mismos entes encargados de certificar el cumplimiento de la calidad son los responsables de la sostenibilidad financiera y adecuación de la red de prestadores públicos. Lo anterior dificulta que un gobernador, para dar solo un ejemplo, certifique que la calidad de la atención de la red pública de su departamento no es idónea, cuando la gobernación es responsable de vigilar y mejorar la calidad de la atención de esa red departamental.

4.2.2.2 Propuestas de vigilancia y gestión

Propuestas frente a la articulación de los actores del SGSSS

En el SGSSS existen múltiples instituciones que deben interactuar de forma sinérgica para lograr impactos positivos en la salud de los colombianos. Para lograr esa interacción sinérgica, en la legislación vigente se establecen mecanismos que podrían ser más eficaces si se tienen en cuenta las siguientes consideraciones (véase tabla 28).

Tabla 28. Propuestas sectoriales por línea de política en vigilancia y gestión

Propuesta por línea	Actividad
Vigilancia de la salud y gestión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir, en el espacio del CNSSS y de los CTSSSS, comités de articulación entre ARP, EPS, IPS, secretarías de salud y oficinas del trabajo, con una metodología que permita compartir información y generar estrategias conjuntas. ▪ Diseñar e implementar mecanismos de seguimiento de la notificación y el control de los eventos de interés en salud pública, que incluyan a los involucrados en la vigilancia: Plan Nacional de Investigación en Salud vinculado al Plan Decenal de Salud Pública que involucre universidades y demás actores del SGSSS bajo el liderazgo de Colciencias y el MPS. ▪ Definir, concertar y realizar pruebas piloto de un conjunto de indicadores de gestión y resultados en salud que: <ol style="list-style-type: none"> a. Tenga en cuenta las competencias de los diferentes actores del SGSSS. b. Considere el autocuidado, los recursos disponibles y las situaciones difíciles de prever. c. Aplique las lecciones aprendidas de metodologías como la matriz de marco lógico, la metodología general ajustada y el cuadro de mando integra.
Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer un inventario de responsabilidades específicas para entidades territoriales, EPS, ARP e IPS, que facilite la articulación entre actores. ▪ Delimitar escenarios que orienten los planes territoriales y de EPS que, siendo flexibles a las condiciones de los actores, permitan avanzar en el logro de metas nacionales, a partir de la incorporación de metodologías estandarizadas. ▪ Optimizar la asistencia técnica entre instituciones orientada a transferir y desarrollar capacidad en todos los actores del SGSSS. ▪ Aplicar las lecciones aprendidas por el equipo técnico de la “cuenta de alto costo” a otros temas relevantes para la salud de la población colombiana. ▪ Diseñar e implementar modos de gestión del aseguramiento y de prestación de los servicios ajustados a particularidades de la población.

Fuente: elaboración propia

1. Revisar y corregir el efecto de las tendencias de austeridad fiscal de la administración pública, que fomentan el congelamiento de las plantas de personal en los territorios, aun a pesar de la evidencia de que el recurso humano es insuficiente para las funciones que deben realizar y que los contratistas tienen una alta rotación. Esto, naturalmente, afecta de forma negativa la capacidad operativa de las entidades territoriales y su liderazgo frente a los demás actores del SGSSS.
2. Armonizar las directrices que las secretarías de salud y las oficinas del trabajo imparten a EPS, ARP e IPS, para coordinar mejor los esfuerzos que se realizan en los territorios. Por ejemplo, desarrollar iniciativas que fomentan entornos laborales saludables.
3. Analizar una integración de acciones alrededor de una lógica común, liderada por las entidades del nivel nacional que requieran flujo de información y recursos. Por ejemplo, el Acuerdo 117 de 1998 establece que las EPS deben reportar a las entidades territoriales los riesgos ambientales de sus afiliados, sin que hasta el momento existan mecanismos estandarizados para realizar estos reportes ni recursos suficientes en las entidades territoriales para responder efectiva y oportunamente a estas solicitudes. Otro ejemplo es la existencia de planes de salud de las EPS sin una clara conexión con los Sistemas de Administración de Riesgo ni con las metas de obligatorio cumplimiento de las normas técnicas establecidas por la Resoluciones 412 y 3384 de 2000.
4. El apoyo que las instituciones se brindan para fortalecer mutuamente sus capacidades se expresa en actividades de capacitación, asesoría y acompañamiento. Esas actividades se realizan desde la nación hacia los departamentos y distritos, y desde los departamentos hacia los municipios. La asistencia técnica a EPS e IPS es heterogénea; algunas veces desde la nación, otras, desde las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales. La capacitación al recurso humano se encuentra dispersa y requiere esfuerzos intersectoriales para articular y orientar la formación del recurso humano y la educación continua hacia las competencias académicas y laborales apropiadas. La asistencia técnica

y la capacitación al talento humano facilitan la comunicación e interacción entre actores del SGSSS, al permitir claridad de las directrices y que los funcionarios puedan resolver los asuntos de responsabilidad de su institución.

5. Es conveniente revisar las acciones de promoción de la salud del PSPIC, establecidas en la Resolución 425 de 2008. Analizarlas resulta conveniente para que las entidades territoriales puedan ampliarlas más allá de las acciones educativas de tipo preventivo y que se enfoquen al bienestar, consecuente con la reglamentación que se expida de la Ley 1438 de 2011. Este análisis debe tener en cuenta los mecanismos que permitan avanzar progresivamente en los recursos fiscales limitados que reciben del Sistema General de Participaciones las entidades territoriales para realizar esas acciones; la existencia de límites y puntos de contacto entre el PSPIC y otros planes de beneficio como el POS; y las competencias y condiciones laborales del talento humano.

Propuestas para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública

Contar con un plan nacional como referente para el SGSSS es un avance importante, pues exige a las entidades territoriales y las EPS elaborar sus planes de acuerdo con él. Hasta el momento este referente es el Plan Nacional de Salud Pública, y a partir del 2012 la guía será el Plan Decenal de Salud Pública. Sin embargo, el plan nacional requiere, entre otros, los siguientes ajustes:

- Armonizar, durante el proceso de formulación de planes de salud, las lógicas de la administración pública de la entidad territorial con la lógica de la administración privada de las EPS. Esta armonización facilitará la unificación de instrumentos de planeación y evaluación, como por ejemplo armonizar la Metodología General Ajustada que el Departamento Nacional de Planeación exige a las entidades territoriales con las metodologías de planeación estratégica que utilizan frecuentemente las instituciones privadas, y a partir de allí definir incentivos y sanciones que sean coheren-

tes con los procesos de planeación y evaluación. Además, sería conveniente que las IPS y las ARP también formularan planes de salud alineados con el plan nacional.

- En la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es conveniente, por un lado, armonizar un conjunto de actividades preventivas que se están ejecutando simultáneamente de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y, por otro lado, precisar cuáles acciones deben ser impulsadas por políticas y normas técnicas y jurídicas, cuáles deben incluirse en los planes de beneficios y qué complementariedad existirá entre ellas. Por ejemplo, las entidades territoriales organizan las actividades que debe realizar el PSPIC en áreas subprogramáticas de los ejes programáticos de los planes territoriales de salud, mientras que las EPS organizan las actividades preventivas de obligatorio cumplimiento en los planes de salud y en los sistemas de administración de riesgo y, por su parte, las entidades nacionales organizan las actividades según el PNSP 2007-2010 en estrategias de prioridades nacionales por líneas de política.
- Otra recomendación en el marco del Plan Decenal de Salud Pública consiste en concentrar los esfuerzos nacionales y territoriales en torno a un número limitado de prioridades nacionales y territoriales que se vaya ampliando por etapas a medida que se van logrando avances. Asimismo, es clave contar con lineamientos claros y estables formulados a partir de un inventario de experiencias exitosas que sirva de manual explicativo de los fundamentos, modelos y alcances propuestos, con un tiempo razonable de implementación y una asistencia técnica con pautas uniformes en las entidades rectoras del SGSSS. También es fundamental desarrollar y adoptar herramientas operativas de planeación, ejecución y evaluación probada, estandarizada y divulgada, antes de ser implementadas como instrumentos que faciliten el seguimiento (y la autoevaluación) de los actores del SGSSS ligados a incentivos y sanciones.
- Para que la implementación del Plan Nacional sea exitosa, es recomendable:

- Revisar y ajustar la estructura y funcionamiento de las entidades del SGSSS, especialmente de las dependencias de las entidades rectoras para facilitar que el PNSP pueda ser implantado y mejorado permanentemente.
- Verificar la disponibilidad de recursos críticos como información y talento humano capacitado para el despliegue de las estrategias propuestas en el Plan Nacional a las entidades del sector.
- Regular los incentivos económicos y no económicos ligados a la forma de contratación entre entidades, y de las entidades al talento humano.
- Desarrollar herramientas para identificar consensos y disensos que faciliten una participación ciudadana efectiva en la elaboración de planes y metodologías que permitan armonizar la planeación enfocada a resultados con la programación orientada al cumplimiento de actividades.

Propuestas en evaluación

En el SGSSS existen mecanismos liderados por instituciones públicas del nivel central orientados a fortalecer la capacidad de las instituciones para mejorar la salud. Entre otros, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Actividades Preventivas a cargo de las EPS.

Estos mecanismos permiten al ministerio y a las entidades territoriales el seguimiento y evaluación del cumplimiento del volumen de actividades; sin embargo, siguiendo lo establecido en la normativa vigente, es necesario actualizar y complementar esos mecanismos para que permitan evaluar resultados en salud.

Un aspecto que se debe considerar es la unificación del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión establecido por la Resolución 412 de 2000 con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en lógicas, instrumentos e indicadores para consolidar

los logros en cumplimiento de metas y mejoramiento de la calidad alcanzados en los últimos años.

Para mejorar la confiabilidad y oportunidad en la generación, análisis, intercambio y utilización de la información se propone:

- Definir mapas de flujo de información en el SGSSS.
- Implementar la ficha actualizada de actividades preventivas transferible entre EPS definida en el Acuerdo 117 de 1998 y en la Resolución 412 de 2000.
- Establecer un conjunto esencial de indicadores obligatorios que combine indicadores del SFG con los del SOGC.
- Definir unas reglas mínimas estandarizadas de análisis.
- Crear incentivos ligados a indicadores de gestión de información.
- Desarrollar un sistema integral de información de alcance nacional (Ley 715 de 2001, art. 42, n. 6, y Ley 1122 de 2007, art. 44).
- Avanzar del cumplimiento de actividades a cobertura, continuidad, evitabilidad e integralidad, y además construir indicadores de salud positiva que incluyan expectativas de la población y favorabilidad del SGSSS ante los usuarios.

Participación y corresponsabilidad del usuario

Se propone actualizar y desarrollar la reglamentación vigente sobre cuidado personal y familiar establecida en el artículo 49 de la Constitución Política Nacional, en el título XII de la Ley 9 de 1979, en el artículo 160 de la Ley 100 de 1993 y en el numeral 3.17 del artículo 3° de la Ley 1438 de 2011 (véase tabla 29).

Sería deseable la reglamentación orientada a:

- Reglamentar la adherencia a las acciones preventivas y a los tratamientos (especialmente las enfermedades de interés en salud pública), y al soporte familiar y social, teniendo en cuenta la identificación de expectativas, representaciones sociales, percepción del riesgo, aceptabilidad de las intervenciones preventivas y costos para el usuario.

Tabla 29. Propuestas para la participación comunitaria

Propuesta por línea	Actividad
Promoción de la salud y la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concretar procedimientos para facilitar a los ciudadanos la comprensión de los temas de salud y del funcionamiento del SGSSS. ▪ Implementar instrumentos para documentar consensos y disensos en los procesos de participación social liderados por el sector salud.
Prevención de los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abogar para que las opciones saludables sean más fáciles para los ciudadanos que las opciones no saludables, reforzando el trabajo intersectorial y las estrategias de comunicación. ▪ Posicionar la importancia de la prevención. ▪ Poner a disposición de la población herramientas que faciliten las opciones saludables, y liderar la gestión intersectorial para facilitar dichas opciones.
Recuperación y superación de los daños	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear y fortalecer espacios de participación de afiliados, y no solo de usuarios, en los procesos de decisión y definición de políticas y en el seguimiento a la implementación de las mismas, a partir de las organizaciones sociales existentes. ▪ Definir metodologías para evidenciar y documentar consensos y disensos entre los participantes. ▪ Posicionar en la opinión pública la robustez y pertinencia del POS. ▪ Reglamentar los casos de excepción (NO POS).
Vigilancia en salud y gestión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir metodologías de análisis que integren los diferentes tipos de reportes de vigilancia y especifiquen las acciones de control que pueden impartir las autoridades sanitarias.
Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir metodologías para evidenciar y documentar consensos y disensos entre los participantes. ▪ Consolidar la rendición de cuentas a los ciudadanos.

Fuente: elaboración propia

- Fortalecer la participación del ciudadano, de la familia y de la comunidad en las decisiones que los afectan, mediante instrumentos que permitan registrar y resolver consensos y disensos durante los ejercicios participativos y la consolidación de la rendición de cuentas de las entidades del sector salud a los ciudadanos.
- Brindar información práctica e incentivos a los ciudadanos que faciliten las opciones más saludables para lograr la adopción de comportamientos benéficos para la salud, mediante procedimientos divulgativos que faciliten la comprensión de los temas de salud y el conocimiento del SGSSS.

- Abogar para que las opciones saludables sean más fáciles para los ciudadanos que las opciones no saludables, mediante el fortalecimiento del trabajo intersectorial y las estrategias de comunicación.
- Crear y fortalecer los espacios para la participación de afiliados (y no solo de los pacientes), mediante mecanismos de elección que logren mayor representatividad y compromiso.

Para superar el reto que plantea involucrar al usuario, su familia y su red de apoyo como protagonistas de la salud individual y grupal, es necesario desarrollar la libertad para decidir responsablemente y comprender las consecuencias personales y sociales de las decisiones como ciudadanos y usuarios del SGSSS.

4.3 Conclusiones

En este capítulo se han planteado avances importantes que aportan a la obtención de mejoras en la salud de la población colombiana; entre estos, se destacan:

- El trabajo intersectorial para mejorar la salud se ha fortalecido y consolidado lentamente.
- Promover la salud y prevenir la enfermedad son acciones cruciales para el SGSSS, que ganan fuerza con el paso del tiempo.
- Los planes de beneficios (Plan Obligatorio de Salud y Plan de Intervenciones Colectivas) incluyen actividades preventivas de obligatorio cumplimiento que deben ser complementarias.
- Para el seguimiento de las actividades preventivas incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, se diseñaron e implantaron herramientas de seguimiento que han facilitado el cumplimiento de las actividades programadas.
- Asimismo, también se identifican retos, entre ellos:
 - Desarrollar, difundir e implementar mecanismos estandarizados que permitan armonizar la planeación, coordinación y comunicación entre entidades del sector y de otros sectores, y hacer efectiva la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones.

- Optimizar herramientas de seguimiento y reporte de evaluación que faciliten el flujo de información.
- Analizar y mejorar la suficiencia y disponibilidad de recursos humanos y financieros necesarios para dar cumplimiento a las competencias y responsabilidades de los actores del SGSSS.
- Propender a la claridad y estabilidad en las reglas del sistema y, cuando sea necesario, implementar cambios gradualmente.

Las principales propuestas descritas en este capítulo pretenden consolidar los avances y abordar los retos más importantes; se espera que sean de utilidad para aportar al plan decenal y a los cambios que requiera el sistema en su organización, con el fin de obtener mejores resultados en salud para los colombianos.





Referencias bibliográficas

- Acemi (2010). *Cifras e Indicadores del Sistema de Salud, 2009. EPS asociadas a ACEMI*. Bogotá.
- Agudelo, L.M. (2008). “Plan Territorial de Salud Pública: Plan Local de Salud. Aproximación a las posibilidades y dificultades para su implementación en el territorio municipal”. *El Plan Nacional de Salud Pública: posibilidades y limitaciones*. Cuadernos del Doctorado, 7, Programa Inter-Facultades, Doctorado en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional.
- Álvarez, G. (2008). “Plan Nacional de Salud Pública: avances y retos en el fortalecimiento de la salud pública en Colombia”. *El Plan Nacional de Salud Pública: posibilidades y limitaciones*. Cuadernos del Doctorado. 7, Programa Inter-Facultades, Doctorado en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional.
- Arroyo, H. (2004). *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.
- Assalud (2004). *Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y del logro de las metas del plan de atención básica –PAB– departamental y distrital*. Informe Final Preliminar. Bogotá: Unión temporal CCRP-Assalud-BDO.
- Balladelli, P.P., Hernández, J., Sempertegui, R. (2009). *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010: una construcción colectiva*. Serie Cuadernos de Sistematización de Buenas Prácticas de Salud Pública en Colombia, 3. Bogotá: OPS.
- Balladelli, P.P., Saboyá, M.I., Ocampo, J.J. (2009b). *Liderazgo territorial y alianzas para la atención integral en salud de la infancia*. Serie Cuadernos de Sistematización de Buenas Prácticas de Salud Pública en Colombia, 2. Bogotá: OPS.
- Berkman, L., Kawachi (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

- Campillo, J. E. (2004). *El mono obeso*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Chávez, B.M. “La responsabilidad de las aseguradoras del sistema general de seguridad social en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad” *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2001; 19 (2): 89-100.
- Colomer, C., Álvarez-Dardet, C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Edit. Masson.
- Czeresnia, D., Machado de Freitas, C. (2005). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- De Salazar, L., Vélez, J. A., Ortiz, Y. (2003). *En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina: estado del arte de experiencias regionales*. Cali: IUHPE.
- Donati, P. (1994). *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Edit. Díaz de Santos.
- Drane, J. F. (2006). *Medicina más humana: una bioética católica liberal*. Bogotá: Edit. San Pablo.
- Eslava J. C. (2002). “Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia”. *Rev. Salud Pública* 4(1): 1-12
- Eslava, J. C. (1998). “Los retos de la promoción de la salud”. *Rev. Fac. Med. UN Col* 46 (4): 222-225.
- Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R. (1996). *¿Por qué una gente está sana y otra no?* Madrid: Edit. Díaz de Santos.
- Ezzati, M., Vandern Hoorn, S. et al (2003). “Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors”. *Lancet* 362: 271-280.
- Franco, S. et al (1995). *La promoción de la salud y la seguridad social*. Serie Documentos especiales, N.º 5. Corporación Salud y Desarrollo. 30 p.
- Franco, S. (2003). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional.

- Frenk, J., Bobadilla, J.L., Stern, C., Frejka, T., Lozano, R. (1991). “Elementos para una teoría de la transición en salud”. *Salud Pública de México* 33(5): 448-462,
- Frenk, J. y Murray, C. “Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud” *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2000, 78 (6): 717-731.
- Gaziano, T., Galea, G., Reddy, K.S. (2007). “Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence”. *Lancet* 370: 1939–1946.
- Glassman, A., Escobar, M.L., Giuffrida, A., Giedión, U. (2010). *Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia*. Washington: BID, The Brookings Institution.
- Gómez, R. D. (2002). “La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia”. *RevFacNal Salud Pública* 20(1): 101-116.
- Gómez, R. D., González, E.R. (2004). “Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse”. *RevFacNal Salud Pública* 22(1): 87-106.
- Hernández, M., Obregón, D., Miranda, N. et al (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano, cien años de historia 1902-2002*. Bogotá: OPS/OMS.
- Iuhpe (2000). *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en una nueva Europa*. Parte 1. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Jamison, D. T., Breman, J. G. et al (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington: Oxford University Press/The World Bank.
- Jaramillo, I. (1998). “Consideraciones sobre el Sistema de Seguridad Social Colombiano”. *Salud Pública y Reforma*. Cartilla de Seguridad Social, 5, FNSP, Medellín: 58-70.
- Jaramillo, I. *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Cinco años después*. 4ª edición. Bogotá, 1999.

- Jaramillo, I. (2001). *Evaluación de la descentralización en salud en Colombia*. Archivos de Economía, DNP. Documento 170, Bogotá.
- Leavell, H.R., Clark, E.G. et al (1958). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Majumder, R.K., Cuervo, C. (2003). “Panorama internacional de la inclusión social de las personas con discapacidad”. *Inclusión social de las personas con discapacidad: reflexiones, realidades, retos*. IDH, Maestría en discapacidad e inclusión social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 29-65.
- Ministerio de la Protección Social (2003). *Programa Nacional de Salud, 2002-2006*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004). *Evaluación de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública del pos del régimen contributivo*. Resultados anualizados-2003. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004b). *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Decreto 3039 (10 de agosto), “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social(2008). *Informe de Actividades al Honorable Congreso de la República, 2007-2008*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2010). *Informe de Gestión, 2002-2010*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social/INS/OPS (2009). *Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015*, Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social/OPS (2008). *Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos*, Bogotá,
- Ministerio de la Protección Social/OPS (2010). *Lineamiento Gestión del Riesgo en Salud, dirigido a EPS*. Cooperación técnica 637 de 2009. Bogotá.

- Ministerio de Salud (1994). *La Reforma a la Seguridad Social en Salud*. 3 t. Bogotá.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el SGSSS*. Bogotá, 1996,
- Ministerio de Salud/Acomsap (1990). *Reorganización del Sistema Nacional de Salud*. Memoria analítica de la ley 10 de 1990. 2 Volúmenes, Bogotá.
- Ministerio de Salud/DNP (1990). *La Salud en Colombia*. Estudio Sectorial de Salud. 2 Tomos, Bogotá.
- Molina, M.C., Fortuny, M. (2003). *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención*. Barcelona: Laertes.
- Naidoo, J., Wills, J. (2001). *Health Studies. An introduction*. Great Britain: Palgrave.
- Navarro V (1998). "Concepto actual de salud pública". *Salud Pública*. F Martínez et al. MacGraw Hill-Interamericana, Madrid: 49-54
- Nesse, R.M., Williams, G.C. (2000). *¿Porqué enfermamos?* Barcelona: Edit. Grijalbo.
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.
- OMS (2002). *Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra.
- OMS (2003). *STEPS: a framework for surveillance*. Geneva. 42 p.
- OMS (2006). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: A framework to monitor and evaluate implementation*. Geneva. 30 p.
- OMS (2007). *Informe sobre la salud en el mundo: protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. Ginebra.
- OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria, más necesaria que nunca*. Ginebra.

- OMS (2009). *Global Health Risk: mortality and burden of disease attributable to select major risk*. Geneva.
- OMS-CDSS (2005). *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. (draft). 5 may.
- OMS-CDSS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra.
- OMS/Unicef/BM (2009). *Vacunas e inmunización: situación mundial. Resumen de orientación*. Suiza.
- OPS/OMS (2007). *Prevención de lesiones y violencia: Guía para los Ministerios de Salud*. Washington.
- OPS (2002). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción*. Publicación científica y técnica, 589. Washington.
- OPS (2007a). *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*. Washington.
- OPS (2007b). *Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas*. Washington.
- Restrepo, M.H., Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Samaja, J. (2007). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Edit. Lugar.
- WHO-Europe (2009). *Improving Children's Health and the Environment*. Copenhagen.
- WHO (2010). *Global Tuberculosis Control. WHO Report-2010*, Switzerland..
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The solid facts*. 2° edition, WHO, Copenhagen.

Yepes, F.J., Ramírez, M., Sánchez, L.H. et al (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Mayoría Ediciones/IDRC (publicación electrónica disponible en: http://www.idrc.ca/en/ev-153021-201-1-DO_TOPIC.html).

Anexos





Anexo 1. Siglas

- Acofaen: Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
- Acomsap: Asociación de Médicos de Salud Pública
- AIEPI: Atención Integral de Problemas Prevalentes de la Infancia
- APS: Atención Primaria en Salud
- ARP: Administradora de Riesgos Profesionales
- Ascofame: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
- Assalud: Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de salud
- BM: Banco Mundial
- CDSS: Comisión de los determinantes Sociales de la Salud
- CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- Colciencias: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
- Conpes: Consejo Nacional de Política Económica y Social
- CRES: Comisión de Regulación en Salud
- CTSSS: Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
- DNP: Departamento Nacional de Planeación
- ENT: Enfermedades No Transmisibles
- EPS: Entidades Promotoras de Salud
- ET: Ente Territorial
- Fosyga: Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud
- IAMI: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia

- IEC: Información, Educación y Comunicación
- INS: Instituto Nacional de Salud
- Invima: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
- IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios
- Iuhpe: Unión Internacional para la promoción de la salud y la educación
- MGA: Metodología General Ajustada
- MPS: Ministerio de la Protección Social
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PAB: Plan de Atención Básica
- PNSP: Plan Nacional de Salud Pública
- POS: Plan Obligatorio de Salud
- PS: Promoción de la Salud
- PSPIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
- PST: Planes de salud Territoriales
- RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios
- SDS: Secretaría Distrital de Salud
- SENA: Servicio Nacional de aprendizaje
- SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- Sivigila: Sistema de Vigilancia Epidemiológico
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- Unicef: Fondo de Naciones Unidas para la infancia
- UPC: Unidad de pago por capitación
- UPGD: unidades primarias generadoras de datos
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Anexo 2. Normativa sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS

Norma	Objeto
Constitución Política de Colombia 1991	Constitución Política de Colombia.
Sentencia N°T-760 de 2008	La Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud.
LEYES	
Ley 9 de 1979	Por la cual se dictan medidas sanitarias*.
Ley 10 de 1990	Por la cual se descentraliza la Nación*.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea en sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, en particular el libro II, capítulo II.
Ley 60 de 1993	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 258 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la ley orgánica del Plan de Desarrollo.
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.
Ley 1176 de 2007	Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1151 de 2007	Por la Cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.

Anexo 2. Normativa sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS

Norma	Objeto
DECRETOS	
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4 del Decreto Ley 1298 de 1994.
Decreto 1485 de 1994	Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.
Decreto 2357 de 1995	Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud.
Decreto 159 de 2002	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 715 de 2001, modificado parcialmente por los decretos 072 de 2005 y 852 de 2009.
Decreto 2309 de 2002	Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 205 de 2003	Por medio del cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social.
Decreto 3183 de 2004	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2716 de 2004.
Decreto 177 de 2004	Por el cual se reglamentan parcialmente las leyes 715 de 2001 y 812 de 2003.
Decreto 072 de 2005	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 159 de 2002.
Decreto 3518 de 2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1011 del SOGC de 2006, capítulo III	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 3039 de 2007	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
Decreto 574 de 2007	Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.

Anexo 2. Normativa sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS

Norma	Objeto
Decreto 1698 de 2007	Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.
Decreto 2353 de 2008.	Por el cual se modifica el decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.
Decreto 313 de 2008	Por medio del cual se reglamentan parcialmente las leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, y 1176 de 2007.
Decreto 028 de 2008	Por medio del cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones
Decreto 852 de 2009	Por medio del cual se modifica parcialmente el Decreto 159 de 2002, modificado parcialmente por el Decreto 072 de 2005.
Decreto 4747 de 2009	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.
DOCUMENTOS Conpes	
Conpes 91	Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015.
ACUERDOS	
Acuerdo 117 de 1998	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Acuerdo del CNSSS 125 de 1999.	Por medio del cual se establece el periodo de transición para la aplicación del Acuerdo 117 y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 008 de la CRES	Por el cual se actualiza el Plan Obligatorio de Salud.
RESOLUCIONES	
Resolución 5261 de 1994	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en salud.
Resolución 4288 de 1996	Por la cual se reglamenta el Plan de Atención Básica.

Anexo 2. Normativa sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el SGSSS

Norma	Objeto
Resolución 2542 de 1998	Por la cual se reglamenta el Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SIIS-.
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las acciones, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución 3384 de 2000	Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.
Resolución 1446 de 2006	Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
Resolución 3042 de 2007	Por la cual se reglamenta la organización de los fondos de salud de las entidades territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los fondos de salud.
Resolución 1740 de 2008	Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación; condiciones financieras y de suficiencia patrimonial; se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones.
Resolución 814 de 2008	Por la cual se establecen los criterios y condiciones mínimas que deben cumplir las firmas consultoras o auditoras que adelantarán el estudio a los Sistemas de Administración de Riesgos de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.
Resolución 425 de 2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales.
CIRCULARES	
Circular 018 de 2004	Por la cual se precisa la Resolución 4288 de 1996 que reglamenta el PAB.
Circular conjunta 001 de 2008	Lineamientos sobre la ejecución de las actividades colectivas de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud

* Aunque fueron expedidas antes de 1991 se incluyen porque aún están vigentes.

Anexo 3. Competencias de las entidades territoriales

Tipo de entidad territorial	Competencias que afectan la salud de la población
<p>Nación</p> <p>(Comisión de Regulación en Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigir el SGSSS mediante la formulación, coordinación, y evaluación de políticas y normas técnicas, científicas y administrativas relacionadas con: ▪ Destinación de los recursos del SGPS y del SGSSS, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia. ▪ Administración del Sistema Integral de Información en Salud y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. ▪ Indicadores para medir logros en salud de todos los actores del SGSSS. ▪ Intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del SGSSS, sea para su liquidación o administración a través de la SNS. ▪ Participación social y ejercicio pleno de los derechos y deberes de los afiliados. ▪ Sistema único de habilitación, garantía de calidad y acreditación de IPS y EPS. ▪ Plan de Atención Básica (PAB), red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales. ▪ El uso de los recursos destinados a los tribunales de ética médica/odontológica y los Tribunales Departamentales y Distritales Éticos de Enfermería por parte de las ET. ▪ Prestación de servicios de salud. ▪ Transporte aéreo medicalizado. ▪ Servicios de telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas. ▪ Salud pública (acciones preventivas del POS, PSPIC, vigilancia epidemiológica, de alimentos, medicamentos y factores de riesgo del ambiente). ▪ El suministro oportuno de los biológicos del (PAI). ▪ Laboratorios de salud pública. ▪ Diseñar y ejecutar proyectos nacionales con recursos diferentes a los del SGP. ▪ Expedir la regulación para el sector salud y el SGSSS. ▪ Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo. ▪ Diseñar indicadores para medir logros en salud. ▪ Expedir la reglamentación para el control de la evasión y la elusión de los aportes al SGSSS. ▪ Concurrir en la afiliación y financiación del régimen subsidiado. ▪ Brindar asistencia técnica a departamentos y distritos.

Anexo 3. Competencias de las entidades territoriales

Tipo de entidad territorial	Competencias que afectan la salud de la población
Departamentos (32 en total)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción. ▪ Adoptar, implantar, ejecutar y evaluar políticas, normas, programas y proyectos nacionales en salud –SGSSS– y vigilar su cumplimiento en los municipios. ▪ Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción. ▪ Abogar ante el nivel nacional para que se incluyan nuevas políticas, programas y proyectos. ▪ Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel departamental y distrital. ▪ Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la nación y los del SGP con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud. ▪ Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del Sistema Integral de Información en Salud. ▪ Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud. ▪ Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la nación. ▪ Manejar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, incluyendo el laboratorio de salud pública. ▪ Monitorear a municipios, EPS e IPS en su jurisdicción incluyendo el cumplimiento de requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. ▪ Formular y ejecutar el PSPIC departamental y las acciones de vigilancia y gestión que le corresponden, y supervisar el PSPIC municipal. ▪ Establecer y analizar la situación de salud. ▪ Vigilar la señalización de los medicamentos. ▪ Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales. ▪ Ejercer vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y establecimientos gastronómicos (Ley 1122 de 2007). ▪ Financiar los tribunales de ética médica. ▪ Concurrir en la afiliación y gestión de una atención de calidad para el régimen subsidiado. ▪ Financiar el laboratorio departamental de salud pública. ▪ Supervisar las acciones preventivas a cargo de las EPS realizadas en su territorio. ▪ Supervisar el recaudo y administración de los recursos del Sistema General de Participaciones. ▪ Brindar asistencia técnica a los municipios e instituciones públicas ▪ Avalar los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, de los municipios de su jurisdicción, en los términos que defina el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud, cuyo consolidado constituye el Plan Bienal de Inversiones Públicas Departamentales. ▪ Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el MPS así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del SGSSS.

Anexo 3. Competencias de las entidades territoriales

Tipo de entidad territorial	Competencias que afectan la salud de la población
<p>Distritos</p> <p>(4 en total, esta cifra puede variar porque ya están autorizados nuevos distritos más)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplen funciones departamentales y municipales, excepto aquellas relacionadas con la mediación entre departamentos y municipios.
<p>Municipios</p> <p>(Aproximadamente 300 municipios de mayor desarrollo se ubican en las categorías 1, 2 y 3, mientras que unos 800 municipios en las categorías 4, 5 y 6 por su menor desarrollo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental. ▪ Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales. ▪ Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel municipal. ▪ Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros. ▪ Vigilar en su jurisdicción la Calidad de agua para consumo humano, aire y de otros factores ambientales nocivos incluyendo los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población. ▪ Vigilar la señalización de los medicamentos en su territorio. ▪ Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico. ▪ Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis. ▪ Formular y ejecutar el PSPIC municipal. ▪ Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud. ▪ Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin. ▪ Reportar datos a los sistemas de información como SIVIGILA (Vigilancia Epidemiológica). ▪ Concurrer en la afiliación y gestión de una atención de calidad para el régimen subsidiado ▪ Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. ▪ Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes. ▪ Ejercer la vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos.

La impresión de esta obra se terminó
en agosto de 2012 en Editorial Kimpres.
Bogotá, D. C., Colombia

En Colombia se ha avanzado de manera patente en lo relacionado con la salud pública. Resulta oportuno señalar, entre otros fenómenos, que actualmente la esperanza de vida al nacer es mayor que hace 30 años, la mortalidad infantil y la mortalidad materna son menores, la disponibilidad de servicios asistenciales ha mejorado en todo el territorio nacional y las herramientas analíticas para el diagnóstico en salud y para la implementación de políticas y programas sanitarios han tenido un desarrollo importante. Sin embargo, es necesario reconocer que aún subsisten importantes problemas sanitarios, notorias asimetrías en las condiciones de vida de la población y significativas dificultades en la organización y financiación del sector sanitario.

Como un aporte para el mejoramiento de la gestión de la salud pública en el país y bajo el apoyo financiero de ACEMI, un equipo de tres personas elaboró, durante el último año, un trabajo de identificación de retos y posibilidades en salud pública y de formulación de propuestas técnicas y operativas para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el marco del sistema sanitario del país.