Plan Nacional de Salud Rural

Ministerio de Salud y Protección Social

BORRADOR

Bogotá D.C., julio de 2018

Tabla de contenido

1. Introducción 6
2. Análisis de la situación de salud rural en Colombia 8
3. La importancia de la salud rural para el desarrollo en contexto de posconflicto 18
4. Instrumentos de política pública en los que se enmarca el Plan 21
4.1. Ley Estatutaria en Salud 21
4.2. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 22
4.3. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 22
4.4. Política de Atención Integral en Salud 2016 23
5. Objetivos, justificación y alcance del PNSR 24
5.1. Objetivo general 24
5.2. Objetivos específicos 24
5.3. Justificación 25
5.4. Alcance 25
6. Componentes estratégicos del PNSR 27
6.1. Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de población y territorios 30
6.2. Aumentar la cobertura del aseguramiento en la zona rural 33
6.3. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el campo colombiano 34
6.3.1. Fortalecimiento de la infraestructura 34
6.3.2. Formación y gestión del talento humano en salud 36
6.3.3. Conformación y fortalecimiento de redes integrales de prestadores de servicios de salud 37
6.4. Estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto 38
6.4.1. Salud materna y salud infantil 39
6.4.2. Seguridad alimentaria y nutricional 41
6.4.3. Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición 42
6.4.4. Atención integral al consumidor de drogas ilícitas 43
6.4.5. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con los determinantes ambientales 44
6.5. Diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación 46
7. Responsabilidades de los agentes del sector salud 47
8. Esquema de financiación del Plan 50
8.1. Fuentes de financiación 50
8.2. Costeo 52

BORRADOR

9. Fases de implementación propuestas 52
10. Anexos 54
10.1. Anexo 1. Dimensionamiento de las necesidades de prestación de servicios y capacidad instalada 54
10.2. Anexo 2. Modelo Integral de Atención Integral en Salud: Flujograma de procesos y actividades 54
10.3. Anexo 3. Costeo del Plan Nacional de Salud Rural 58
Bibliografía 69

BORRADOR

Siglas

ART	Agencia de Renovación del Territorio
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
CNMH	Centro Nacional de Memoria Histórica
COTSA	Consejos Territoriales de Salud Ambiental
CSIVI	Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DTS	Dirección Territorial de Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EMS	Equipos Multidisciplinarios de Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IVC	Inspección, vigilancia y control
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero e Intersexuales
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PAPSIVI	Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas
PBIS	Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud
PDET	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PGN	Presupuesto General de la Nación
PMI	Plan Marco de Implementación
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNSR	Plan Nacional de Salud Rural
PTRRM	Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

BORRADOR

RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPSS	Redes integrales de prestadores de servicios de salud
RRI	Reforma Rural Integral
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural
SGP	Sistema General de Participaciones
SGR	Sistema General de Regalías
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVJRNR	Sistema Integral de Verdad Justicia Reparación y No Repetición
SPA	Sustancias psicoactivas
VSPC	Vigilancia en salud pública con base comunitaria
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

BORRADOR

1. Introducción

El presente documento desarrolla los contenidos del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), de conformidad con lo estipulado en el *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera* (2016) (en adelante, Acuerdo Final). En efecto, el acuerdo final establece que, para materializar una Reforma Rural Integral (RRI) es necesario el diseño y ejecución de planes nacionales sectoriales cuyo objetivo central sea el cierre de las brechas campo-ciudad y la superación de la pobreza y la desigualdad, en pro del bienestar de la población rural. De ahí que en el numeral 1.3.2.1 del acuerdo se contemple la creación e implementación de un PNSR "con el propósito de acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades".

Esta tarea es fundamental, toda vez que el goce efectivo del derecho a la salud en las zonas rurales y, en particular en las más afectadas por la violencia, hace parte integral de un proceso sostenible de construcción de paz; simultáneamente, la superación del conflicto armado configura una coyuntura única para el afianzamiento de intervenciones de salud en dichas zonas y el desarrollo de modelos de salud territorialmente diferenciados. Se trata pues de un círculo virtuoso de salud para la paz y paz para la salud.

Esta visión se incorpora plenamente al marco de política y planeación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha denominado "la salud como un puente para la paz" (WHO, 1997) y que, con base en diversas experiencias internacionales de tránsito hacia la paz, destaca, entre otras, la importancia de la cobertura efectiva en salud para todos (víctimas, reincorporados, comunidades) en la prevención de nuevos ciclos de violencia.

Bajo este marco, el presente **documento** se estructura de la siguiente forma:

En primer lugar, se identifica la importancia de la salud rural para el desarrollo y la construcción de paz en el país. Para ello, se vale de un diagnóstico sobre los efectos del conflicto armado en la salud y un análisis de las brechas de salud existentes entre el campo y la ciudad, precisamente aquello que el Plan procura revertir.

En segundo lugar, el plan no es el resultado exclusivo de una obligación consignada en el Acuerdo Final (2016), sino que nace a partir de una serie de herramientas normativas y técnicas ya construidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en el desarrollo de sus competencias habituales. De ahí que se presenten los principales planes y políticas que de una u otra forma apuntan a los objetivos estratégicos planteados para el presente Plan y que deben orientar las estrategias contenidas en el mismo.

En tercer lugar, teniendo claro el diagnóstico y las herramientas disponibles, se establecen los objetivos, la justificación y el alcance del Plan:

- Se señala como objetivo primordial el hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales de Colombia. En este sentido, los beneficiarios del PNSR son los ciudadanos que residen en la zona rural del país.

BORRADOR

- La salud de las personas, familias y comunidades que residen en el ámbito rural es considerada un elemento fundamental para el desarrollo humano, promover la transformación estructural del campo y con ello, cerrar la brecha urbano-rural.
- Se presenta el alcance geográfico que prioriza, pero no limita su accionar a las zonas que hacen parte de los denominados Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial – PDET (Decreto 893, 2017).

En cuarto lugar, siguiendo explícitamente los lineamientos otorgados por el Acuerdo Final (2016), se presentan las estrategias que configuran el PNSR en cuatro pilares:

- A la luz de las brechas en resultados y acceso a los servicios de salud, y en reconocimiento de la diversidad poblacional y territorial del país, se establecen los criterios de planeación y concertación que permitan el diseño de un Modelo Especial de Salud.
- "Acercar la oferta de servicios de salud" pasa por facilitar el acceso a infraestructura, realizar el despliegue de talento humano y, consecuentemente, la configuración de redes de atención.
- Aunque el PNSR responde al punto 1 del Acuerdo Final (2016), no debe olvidarse la integralidad del acuerdo, motivo por el cual se señala la forma en que este Plan se articula con las demás obligaciones sectoriales en la implementación de acciones de salud pública (seguridad alimentaria y nutricional, consumo de sustancias psicoactivas, salud materno-infantil, rehabilitación psicosocial y salud ambiental).
- La implementación del plan sólo será efectiva si se acompaña de una estrategia de seguimiento y evaluación que permita identificar los logros, retos y oportunidades de mejora.

BORRADOR

Finalmente, el documento presenta las responsabilidades de los distintos agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), un costeo aproximado y las fuentes de financiación de las estrategias previstas por el PNSR, y las fases de implementación, en el entendido de que, como se establece en el Plan Marco de Implementación, se proyecta el desarrollo de actividades en un período de 15 años. Cabe mencionar que, en el espíritu mismo de lo pactado en el Acuerdo Final (2016), las estrategias del PNSR aquí propuestas prestan especial atención a los derechos fundamentales de las mujeres y los grupos sociales vulnerables[1]. En esta línea, todas las estrategias buscan adoptar un enfoque de derechos, territorial[2], poblacional[3] y de género[4].

[1] Pueblos indígenas, niños, niñas y adolescentes, comunidades afrodescendientes y otros grupos étnicamente diferenciados, campesinos y campesinas, personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, personas adultas mayores y de la población LGBTI.

[2] "Supone reconocer y tener en cuenta las necesidades, características y particularidades económicas, culturales y sociales de los territorios y las comunidades, garantizando la sostenibilidad socio-ambiental; y procurar implementar las diferentes medidas de manera integral y coordinada, con la participación activa de la ciudadanía. La implementación se hará desde las regiones y territorios y con la participación de las autoridades territoriales y los diferentes sectores de la sociedad" (Acuerdo Final, 2016, pág. 9).

[3] "Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de

2. Análisis de la situación de salud rural en Colombia[5]

Uno de los principales desafíos del sistema de salud colombiano, sino el más apremiante, tiene que ver con la disminución de las brechas existentes entre el campo y la ciudad. Dichas diferencias reflejan de un lado, las desigualdades en las condiciones socioeconómicas (p.ej. ausencia de vías de acceso a puestos de salud, baja calidad de la educación), y, del otro, las disparidades territoriales en la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud (DNP, 2014; Ocampo, 2014).

Brechas en Cobertura

Si bien a nivel nacional el país ha alcanzado cobertura universal (95% de la población está afiliada), existen aún rezagos importantes en algunos territorios del país. Dicho rezago se concentra, por lo general, en los municipios con un alto grado de ruralidad y dispersión poblacional, con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, y en algunas ocasiones, con un alto grado de incidencia del conflicto armado.

BORRADOR

En los municipios priorizados para el desarrollo e implementación de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) (Decreto 893, 2017) la cobertura de aseguramiento promedio se ubica en 80% (BDUA, febrero 2018), aunque existe un alto grado de heterogeneidad en este grupo de territorios. En municipios como Cumbitara (Nariño) o Medio San Juan (Chocó), por ejemplo, el 45% y 46% de la población, respectivamente, se encuentra afiliada al SGSSS. Por el contrario, en municipios como Carmen de Bolívar (Bolívar) o Fonseca (La Guajira) las coberturas de aseguramiento en salud están por encima del 95%. Esta situación sugiere la necesidad de implementar estrategias focalizadas que consoliden la cobertura universal del aseguramiento en las zonas rurales del país, y con ello avanzar hacia el cierre de brechas en términos de acceso y resultados en salud.

Brechas en resultados en salud[6]

Partiendo por el indicador *razón de mortalidad materna*, indicador trazador para todo sistema de salud[7], a nivel nacional se evidencia una reducción entre 2005 y 2016 (de 70,1 a 51,3 muertes

allí se derivan y con orientación a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio" (MSPS, 2013, pág. 37).

[4] "Significa el reconocimiento de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y de las circunstancias especiales de cada uno, especialmente de las mujeres independientemente de su estado civil, ciclo vital y relación familiar y comunitaria, como sujeto de derechos y de especial protección constitucional". (Acuerdo Final, 2016, pág. 193)

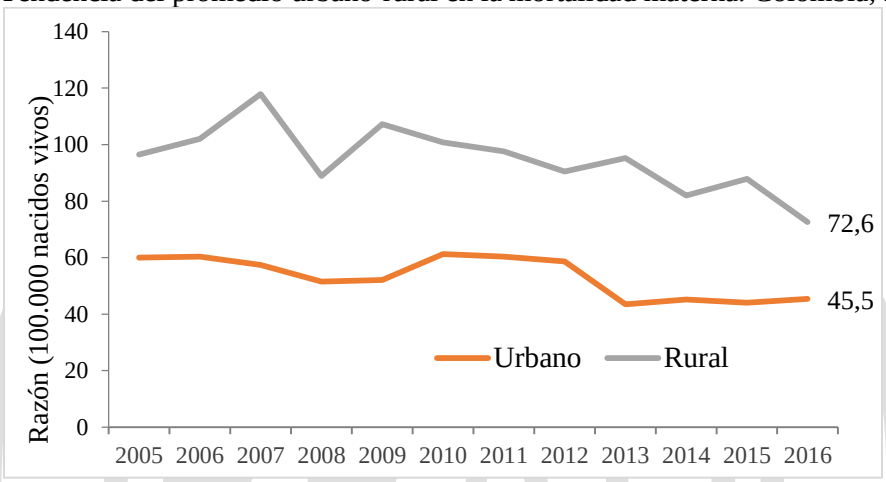
[5] La clasificación urbano – rural a la que se hace referencia en este documento corresponde a la clasificación que utiliza el DANE.

[6] Para realizar éste análisis se partió de la desigualdad en salud como un criterio de valoración de la equidad en salud (Whitehead, 1992). Este criterio es útil para monitorear las diferencias que pueden existir entre grupos poblacionales, según estratificadores de equidad. En particular, la edad, el sexo, la ocupación, la etnia, el nivel socioeconómico y el lugar de residencia son estratificadores para la medición de desigualdades y el análisis de equidad. En este sentido, la diferenciación urbano-rural en los análisis permite explicitar los avances y las brechas en salud que ameritan intervención, según área de residencia (Zapata Jaramillo, Sánchez, & Ruiz Gómez, 2012; Hosseinpoor, Bergen, Koller, Prasad, & Schlotheuber, 2014).

[7] La maternidad es uno de los más riesgosos si las condiciones sanitarias y sociales, relacionadas con la gestión, parto o puerperio no son las adecuadas. Toda muerte materna fetal se configura como un problema de salud pública y social, agudizándose en contextos de desigualdades sociales y económicas (Rodríguez Leal & Verdú, 2013).

maternas por cada 100.000 nacidos vivos). Sin embargo, por zona de residencia, se observa que la mortalidad es mayor en la zona rural que en la urbana; mientras en la zona urbana fallecen al año 45 maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en la zona rural fallecen 73 (EEVV, 2016). La tendencia de la brecha de desigualdad muestra que ésta se ha mantenido a través del tiempo (Figura 1) pese a una ligera reducción de la desigualdad en el último año, lo sugiere la necesidad de desarrollar y reforzar acciones tendientes a reducir la mortalidad materna, con particular énfasis en la zona rural.

Figura 1. Tendencia del promedio urbano-rural en la mortalidad materna. Colombia, 2005-2016

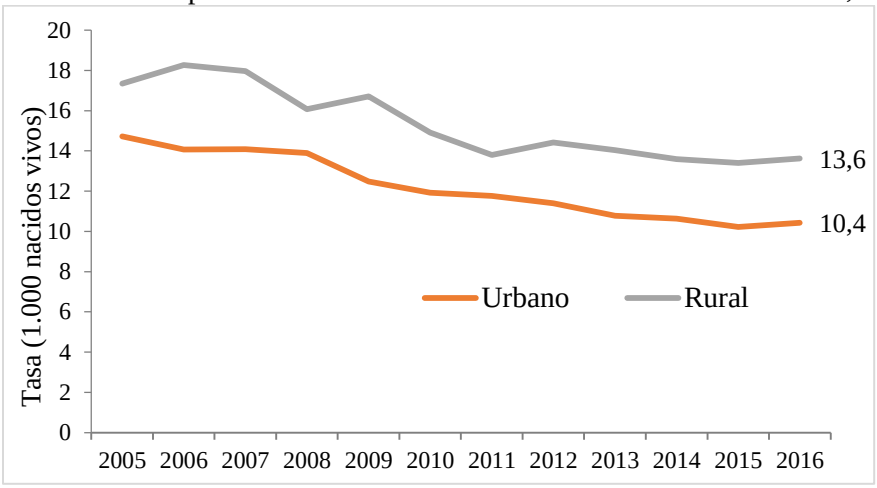


Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de estadísticas vitales. DANE, disponibles en el cubo de indicadores de SISPRO. Consultado el 17 de enero de 2018.

Un resultado similar se observa en el caso de la *mortalidad infantil*, indicador que además permite evaluar el impacto de la disponibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud materno-infantiles (MSPS, 2014). A nivel nacional, entre 2005 y 2016 la tasa de mortalidad infantil pasó de 15,9 a 11,1 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Por zona de residencia, sin embargo, existe un exceso de alrededor de tres muertes por cada 1.000 nacidos vivos en la zona rural, en comparación con la zona urbana. Si bien la tendencia es decreciente en ambos casos, la brecha de desigualdad entre las zonas se mantiene a través del tiempo (Figura 2). De nuevo, los resultados sugieren la necesidad de implementar estrategias dirigidas a disminuir la brecha urbano-rural en mortalidad infantil.

BORRADOR

Figura 2. Tendencia del promedio urbano-rural en mortalidad infantil. Colombia, 2005-2016

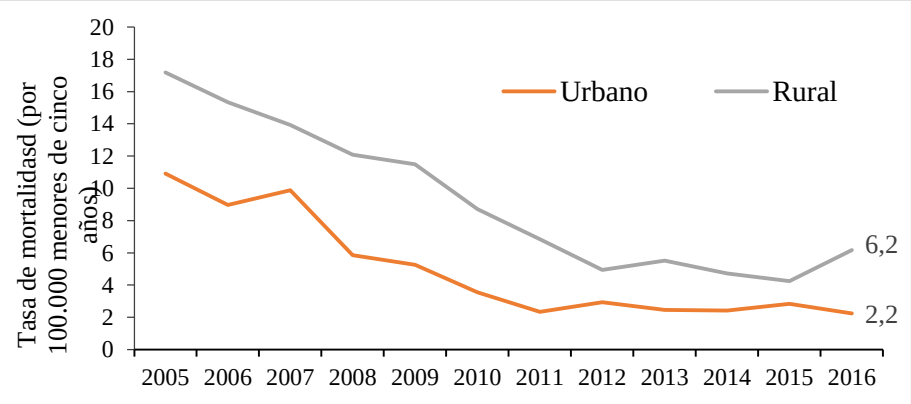


Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de estadísticas vitales. DANE, disponibles en el cubo de defunciones de SISPRO. Consultado el 17 de enero de 2018.

BORRADOR

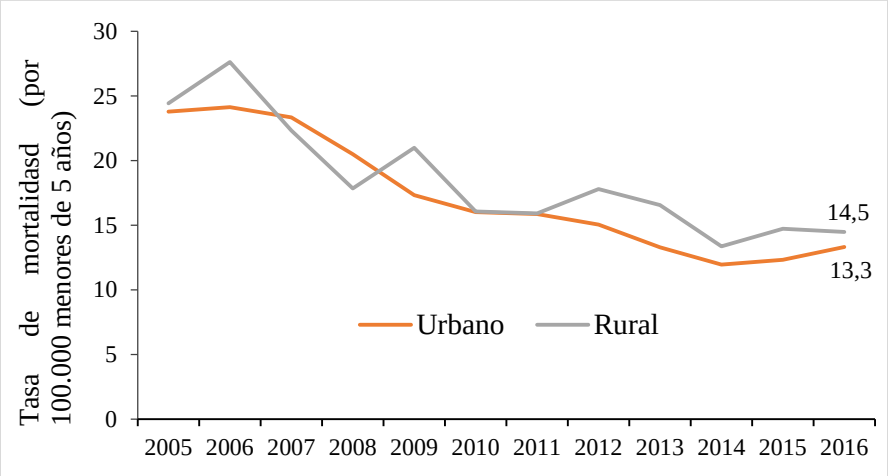
La *mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA)* en menores de cinco años es también mayor en la zona rural que en la zona urbana. En la zona urbana, entre 2005 y 2016, en niños menores de 5 años la tasa de mortalidad por EDA se redujo en aproximadamente 9 puntos (de 10,9 muertes por 100.000 menores de cinco años a 2,2) y la tasa de mortalidad por IRA en 10,5 puntos (de 23,8 a 13,3). De manera similar, para el mismo periodo bajo estudio, en la zona rural, en niños menores de 5 años la tasa de mortalidad por EDA se redujo en aproximadamente 11 puntos (de 17,2 muertes por 100.000 menores de cinco años a 6,2) y la tasa de mortalidad por IRA en casi 10 puntos (de 24,4 a 14,5). Según se observa en las Figuras 3 y 4, pese a los avances de los últimos años, la brecha urbano-rural se mantiene para ambos eventos. Esta situación sugiere la necesidad de continuar trabajando para garantizar el acceso al agua potable y servicios adecuados de saneamiento e higiene a la población que reside en las zonas rurales, así como de fortalecer las estrategias de vigilancia de eventos de interés en salud pública en estos territorios.

Figura 3. Tendencia urbano vs rural de la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda – EDA (Tasa por 100.000 menores de cinco años), 2005-2016



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de estadísticas vitales. DANE, disponibles en el cubo de defunciones de SISPRO. Consultado el 20 de marzo de 2018.

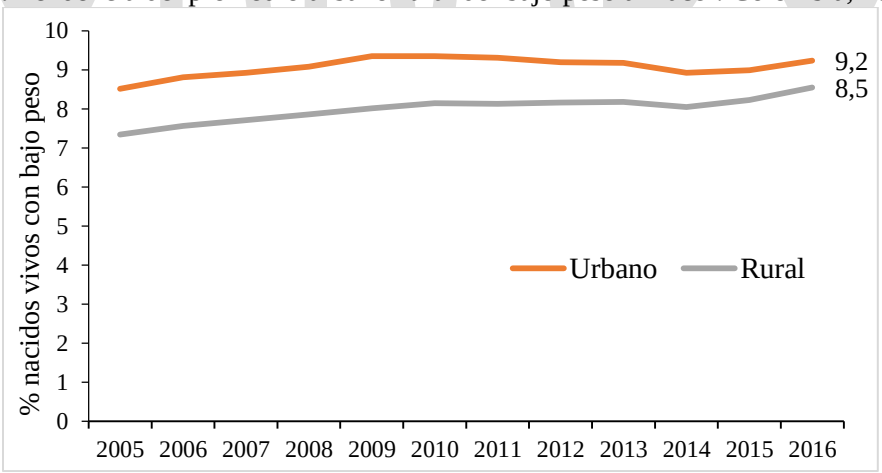
Figura 4. Tendencia urbano vs rural de la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por infección respiratoria aguda - IRA (Tasa por 100.000 menores de cinco años), 2005-2016



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de estadísticas vitales. DANE, disponibles en el cubo de defunciones de SISPRO. Consultado el 20 de marzo de 2018.

En relación con el *bajo peso al nacer*[8], a nivel nacional se observa que entre 2005 y 2016 la proporción de nacidos vivos con un peso inferior a 2.500 gramos osciló entre los 8 y 9 nacidos vivos por cada 100. La prevalencia es mayor en la zona urbana que en la rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento. Sin embargo, la brecha se ha venido reduciendo en los últimos años (Figura 5). Esta situación sugiere que se deben desarrollar y reforzar acciones tendientes a mejorar el promedio del bajo peso al nacer en ambas zonas.

Figura 5. Tendencia del promedio urbano-rural del bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2016



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Estadísticas Vitales - EEVV. DANE, disponibles en el cubo de indicadores de SISPRO. Consultado el 17 de enero de 2018.

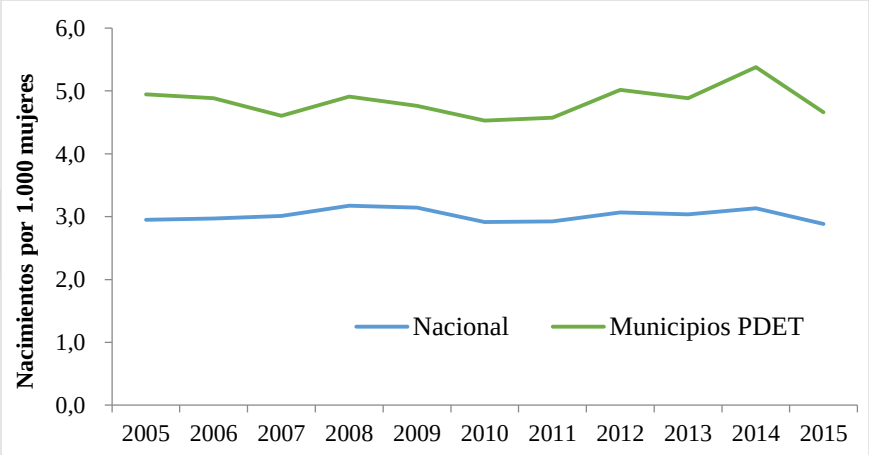
La disparidad en *embarazo adolescente* es considerable. Si bien no se cuenta con información discriminada por zona, la tasa de fecundidad 10 a 14 años de los municipios PDET (Decreto 893,

[8] Es un predictor de morbi-mortalidad perinatal, pero también aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como diabetes o enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores del curso de vida (OMS, 2017).

BORRADOR

2017) es casi el doble de la que se reporta a nivel nacional (4,7 nacimientos por 1.000 mujeres en los territorios PDET vs 2,9 total país, año 2015). Al observar las tendencias de los últimos 10 se observa que dicha disparidad se ha mantenido a lo largo del tiempo (Figura 6). La Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS (2015) confirma este patrón: la tasa total de fecundidad en la zona rural casi dobla la de la zona urbana (2,6 vs 1,8 hijos por mujer) y en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, el 15,1% y el 28,8% en la zona urbana y rural, respectivamente, son madres o están embarazadas del primer hijo[9]. Acciones dirigidas a reducir las tasas de embarazo adolescente a nivel nacional, con particular atención en zonas de alta vulnerabilidad socio-económica, son imperativas.

Figura 6. Tendencia nacional y de los municipios PDET de la tasa de fecundidad 10 a 14 años (por 1.000 mujeres), Colombia 2005-2015



Fuente: Registro de estadísticas vitales DANE, datos disponibles en el cubo de indicadores -SISPRO-. Consultado el 22 de enero de 2018

La violencia asociada al conflicto armado ha generado también afectaciones importantes en materia de *salud mental* en la población que reside o residía en la zona rural del país. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (MSPS&COLCIENCIAS, 2015), el 7,9% de los adultos entre los 18 y 44 años, por ejemplo, reportan haber tenido una experiencia traumática debido al conflicto armado, y el 18,7% reportan haber sido desplazadas por conflicto armado o por alguna situación de inseguridad. En la población de 7 a 11 años, el 13,7% reporta haber sido víctima alguna vez en su vida de desplazamiento forzado por violencia de cualquier tipo, y el 10,9% reporta que el último cambio se relacionó con el conflicto armado o la situación de inseguridad[10]. "Aunque estar expuesto a cualquier tipo de violencia aumenta el riesgo que un individuo presente trastornos de estrés postraumático, trastorno depresivo, consumo de sustancias psicoactivas y deterioro de su salud general, lo más dramático en lo que respecta a la salud mental en relación con el conflicto armado es la vulneración psicológica de las víctimas y los victimarios, en términos del "encuentro con un horror psíquicamente no asimilable" (Ibid, pág. 106)

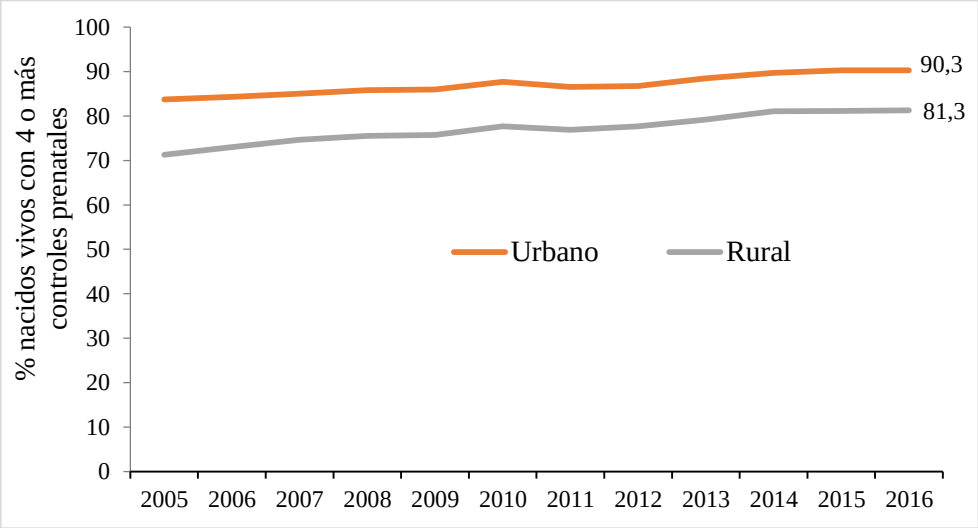
[9] De hecho, en la zona rural el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que reportaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años dobla a la proporción de la zona urbana (27,2% vs 14,1%) (ENDS, 2015).
[10] Es interesante anotar que en la población infantil, la región Pacífica es la región que reporta la mayor prevalencia de comportamientos relacionados con violencia (38,9%), mientras la menor prevalencia se registra en la ciudad de Bogotá (27,6%) (MSPS&COLCIENCIAS, 2015).

Cabe, sin embargo, destacar que las zonas urbanas concentran mayores prevalencias de cualquier trastorno mental o de ansiedad. Por ejemplo, las prevalencias de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses en la población infantil (de 7 a 11 años) que reside en la zona rural es de 2,6%, mientras que en zona urbana es de 5,5%. En los adultos, se encuentra una prevalencia de vida más alta de los trastornos afectivos en los adultos de zona urbanas (7,5 %) que en la rural (4,0 %) y para cualquier trastorno de ansiedad la prevalencia de vida es también más alta en la ciudades (4,2 %) que en el campo (3,2 %). Esta situación puede estar asociada a las condiciones de la cotidianidad urbana (i.e. estrés, dinámicas familiares, contaminación auditiva) así como a una mayor dificultad en la identificación de casos en la zona rural.

Brechas en acceso a servicios de salud

En el indicador *porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de atención prenatal*[11], a nivel nacional se observó un incremento en la cobertura de atención prenatal (de 81% en 2005 a 90% en 2016). La tendencia tanto en la zona urbana como en la rural es creciente, aunque la cobertura de atención prenatal ha sido mayor en la ciudad que en el campo (el indicador es de 90,3 en zona urbana y 81,3 en zona rural, año 2016) (Figura 7). La brecha, sin embargo, se ha venido reduciendo; mientras en 2005 la diferencia era de 12 puntos porcentuales, en 2016 la brecha fue de 9. Lo anterior sugiere que las intervenciones deben estar dirigidas a mantener esta tendencia de reducción de brecha urbano-rural.

Figura 7. Tendencia del promedio urbano-rural del porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal. Colombia, 2005-2016.



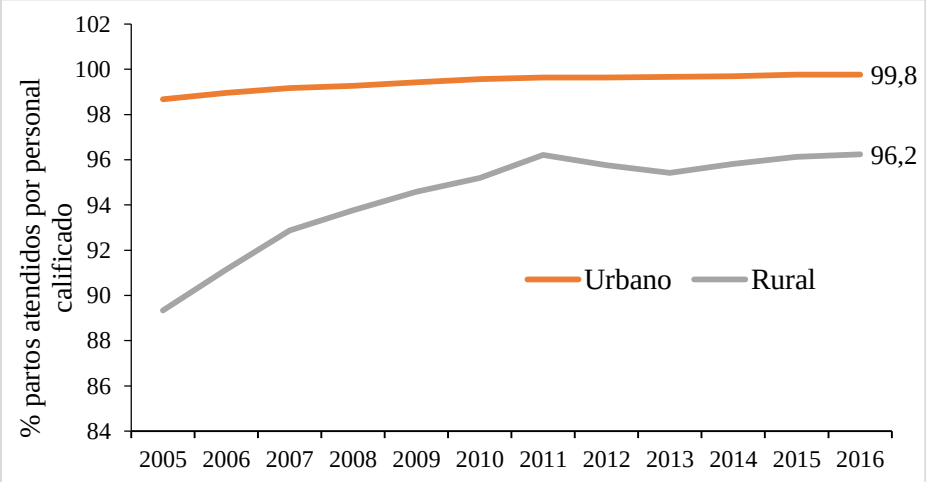
Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Estadísticas Vitales - EEVV. DANE, disponibles en el cubo de indicadores de SISPRO. Consultado el 17 de enero de 2018.

[11] Según la OMS, "la atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el período posnatal (inmediatamente posterior al parto) evita complicaciones a la madre y al recién nacido a la vez que permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud (OMS, 2009).

BORRADOR

En relación con la *proporción de atención calificada del parto por personal calificado*, a nivel nacional[12] se observó un aumento de 3 puntos porcentuales entre 2005 y 2016 (de 96% a 99%). Al comparar por zona de residencia, si bien la tendencia tanto en zona urbana como rural es creciente, se observa mayor cobertura de parto institucional en la ciudad que en campo (99,8 en zona urbana y 96,2 en zona rural, año 2016). Aunque entre 2005 y 2011 se evidencia una reducción considerable en la brecha urbano-rural, durante los años siguientes esta disparidad se estabiliza en cerca de dos puntos porcentuales de diferencia, a favor de la zona urbana. Este escenario implica establecer o reforzar acciones encaminadas a disminuir la brecha de desigualdad (Figura 8).

Figura 8. Tendencia del promedio urbano-rural de la atención del parto por personal calificado. Colombia, 2005-2016.

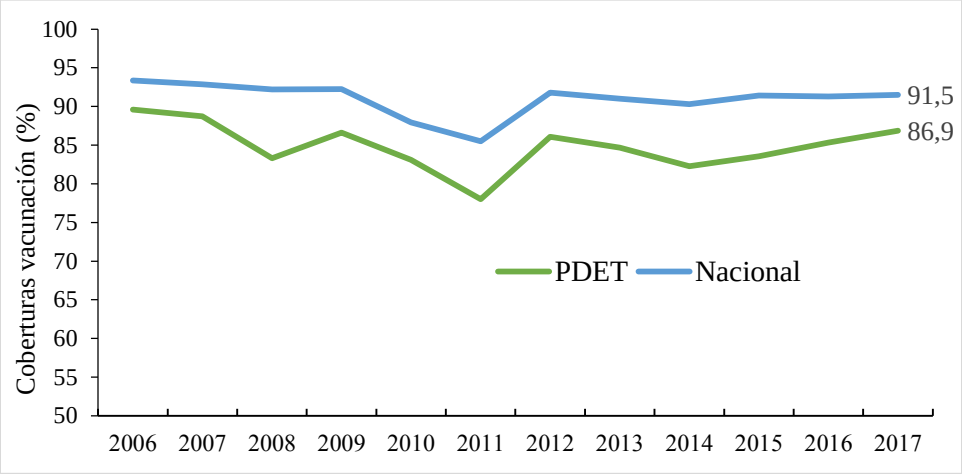


Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Estadísticas Vitales - EEVV. DANE, disponibles en el cubo de indicadores de SISPRO. Consultado el 17 de enero de 2018.

Las coberturas de vacunación en el país dejan también ver la brecha territorial existente. En el caso de las coberturas de Disteria, Polio y Tetanos – DPT (i.e. porcentaje de niños menores de 1 año con terceras dosis), a nivel nacional se observa una tendencia creciente entre 2001 y 2017. Al analizar la evolución de las coberturas en los municipios PDET, si bien se observa también una tendencia similar y avances en materia de cierre de brechas, las diferencias aún están presentes; mientras en 2017 la cobertura a nivel nacional es de 91,5%, en los territorios PDET la cobertura promedio es de 86,9% (Figura 9). La brecha territorial también se observa en las coberturas de vacunación de la triple viral (i.e. porcentaje de niños menores de 1 año, con única dosis para biológicos Sarampión-Rubeola-Paperas). Pese a que la brecha se ha venido reduciendo desde 2015, en la actualidad la cobertura a nivel nacional y la cobertura promedio en los territorios PDET es de 93,0% y 88,7% respectivamente (Figura 10). En este sentido, es necesario continuar dirigiendo esfuerzos por mejorar la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en los municipios más desfavorecidos del país.

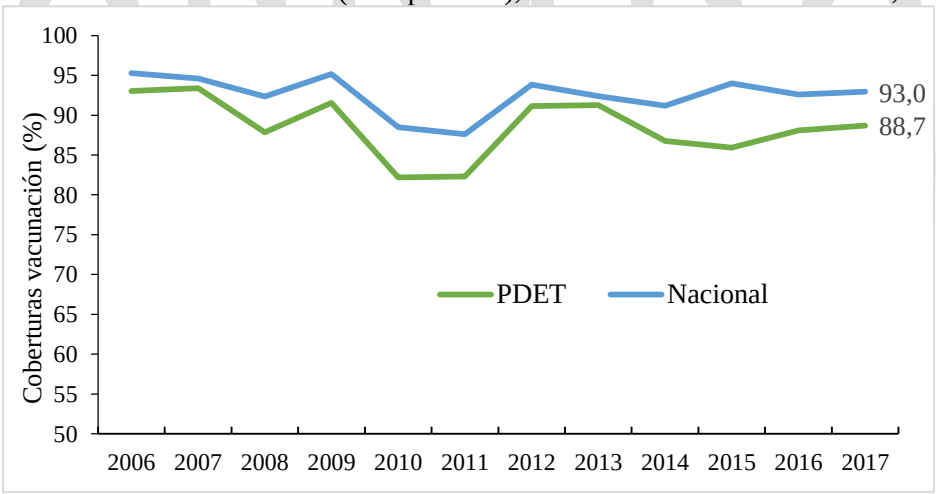
[12] La atención calificada del parto tiene una importancia decisiva en la prevención de las muertes y discapacidades maternas e infantiles (Family Care International, Inc, 2003).

Figura 9. Coberturas de vacunación (%DPT), Colombia vs Territorios PDET, 2006 - 2017



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). MSPS.
Nota: DPT hace referencia a Disteria, Polio y Tetanos. Terceras dosis en menores de un año.

Figura 10. Coberturas de vacunación (%Triple viral), Colombia vs Territorios PDET, 2006 - 2017



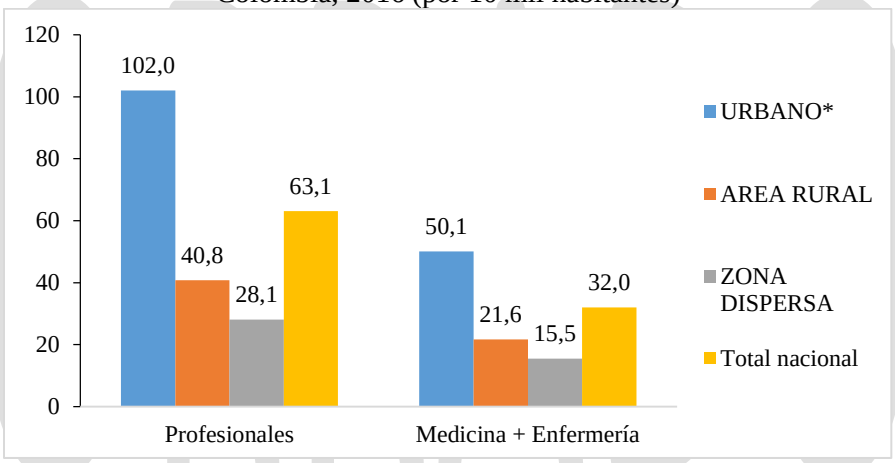
Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). MSPS.
Nota: Vacunación para biológicos Sarampión-Rubeola-Paperas. Única dosis en niños menores de 1 año.

En materia de salud sexual y reproductiva, las diferencias entre el campo y la ciudad son también visibles. Según la ENDS (2015), entre mujeres y hombres de zona urbana el porcentaje de conocimiento de algún método anticonceptivo es universal, similar en zona rural donde el conocimiento para ambos está por encima del 99%. Sin embargo, el porcentaje de mujeres entre los 13 y 49 años con pareja que está usando algún método anticonceptivo moderno es menor en la zona rural que la urbana (73,6% vs 76,7%). Entre las mujeres que se han realizado citología alguna vez en la vida, el 67,1% y 63,9% de las mujeres de la zona urbana y de la zona rural respectivamente se la realizan cada año. Los departamentos con las mayores proporciones de mujeres que nunca se han realizado la citología fueron Chocó (13.8%), Amazonas (13.7%), Guainía (10.8%), Vichada (10.3%) y Magdalena (11.1%). Estos departamentos se caracterizan por un alto grado de ruralidad y dispersión poblacional, por altas tasas de necesidades básicas insatisfechas y por el alto grado de afectación del conflicto armado. La brecha es mucho mayor en el caso de las mamografías; en la ciudad el 52% de las mujeres de 40 a 69 años se han hecho una mamografía, mientras en el campo

tan solo el 26% de las mujeres en ese grupo de edad se han realizado este examen. Esta diferencia urbano-rural también se presenta en el caso de los hombres: mientras en zona urbana el 39,5% de los hombres de 50 a 69 años se han realizado el antígeno prostático, en zona rural tan solo el 19,5% se han hecho este examen.

Las barreras de acceso que enfrentan los ciudadanos de la zona rural del país están fuertemente asociadas al déficit de talento humano en salud en estas zonas. Para 2016 se observa una mayor densidad de profesionales de la salud en las zonas urbanas (102 por cada 10 mil habitantes), respecto a las zonas rurales (40,8 en área rural y 28,1 en área rural dispersa)[13] (Figura 11). En el caso de los médicos, por ejemplo, mientras la densidad estimada en la ciudad es de 31,9 por cada 10.000 habitantes, en el área rural y rural dispersa la densidad se estima en 13,2 y 8,8, respectivamente (Figura 12).

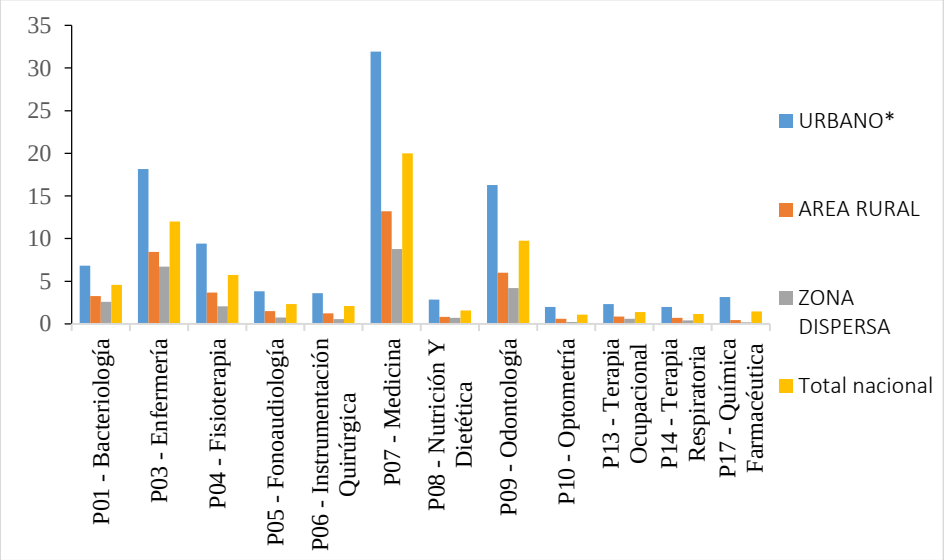
Figura 11. Densidad estimada de profesionales del área de la salud, según tipo de municipio. Colombia, 2016 (por 10 mil habitantes)



* Incluye área metropolitana.
Fuente: Estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, MSPS

[13] Información tomada del Registro Único de Talento humano en Salud (ReTHUS) y de la ubicación laboral reportada en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes al SGSSS.

Figura 12. Densidad estimada de profesionales del área de la salud - desagregado, Colombia, 2016 (por 10 mil habitantes)



* Incluye área metropolitana.
Fuente: Estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, MSPS.

En términos de meta y conforme a lo señalado en *La estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* (OMS, 2016), que busca, entre otras cosas aportar al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se espera que los países en 2030 cuenten con cerca de 44,5 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 mil habitantes[14]. La densidad del talento humano en salud[15] indica que para el 2016 el país contó, en promedio, con 32 profesionales en medicina y enfermería por cada diez mil habitantes. Sin embargo, se encuentran diferencias importantes entre las zonas urbanas (50,1) y rurales (21,6 en área rural y 15,5 en área rural dispersa). En este sentido, si bien en el área urbana superamos la meta señalada, en la zona rural nos encontramos lejos de cumplirla[16].

Las barreras de acceso en las zonas rurales del país también están fuertemente asociadas a las deficiencias en términos de infraestructura y dotación. El diagnóstico y dimensionamiento de las necesidades de fortalecimiento de la capacidad pública instalada para la prestación de servicios en salud en 13 departamentos de los priorizados en el marco del posconflicto pone en evidencia la necesidad de fortalecer la oferta de servicios en salud. En Cauca, por ejemplo, en los 21 municipios priorizados en el marco del Acuerdo Final (2016), se identificaron 7 municipios sin puestos o centros de salud (i.e. sedes de IPS) en la zona rural de los mismos. De manera similar, en la Región

[14] Antes de la publicación de este informe en 2016, la OMS/OPS sugería que los sistemas de salud de países de desarrollo medio, como Colombia, deberían tener como mínimo 25 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 mil habitantes.
[15] Indicador utilizado como referente internacional que relaciona el número de médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes en un sistema de salud.
[16] Cabe sin embargo señalar que en los últimos años el Gobierno Nacional ha buscado aumentar el número de profesionales de la salud en los territorios con mayor dificultad de acceso a los servicios. En 2017, por ejemplo, el 85% de las plazas de Servicio Social Obligatorio aprobadas por las Secretarías de Salud en el país se encontraban ubicadas en municipios rurales y dispersos. Mientras existen 2,3 plazas por cada 10 mil habitantes en las zonas dispersas, este indicador fue de 1,7 en zonas rurales y 0,5 en el ámbito urbano. Al revisar por profesión se mantiene el comportamiento anterior, pero con menor número de plazas disponibles (por cada 100 plazas en medicina, existen 40 para las demás profesiones).

del Alto Guaviare, en Putumayo, en las zonas rurales de 3 de los municipios categorizados como municipio posconflicto no hay puestos o centros de salud. Cabe mencionar que el diagnóstico participativo en mención fue realizado por el MSPS y las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), y las necesidades manifestadas por las entidades territoriales tienen como base el Plan Bienal de Inversiones en salud (Ley 715 de 2001) (ver **Anexo 10.1**).

En conclusión, pese a que se observan mejoras en algunos indicadores de acceso y resultado en salud, la brecha urbano-rural es evidente en el diagnóstico[17]. La dispersión geográfica y la falta de una oferta de servicios de salud articulada, propias de las zonas rurales, constituyen una de las principales barreras de acceso de la población rural. A ello se suman las diferencias en la disponibilidad del talento humano, las fallas del modelo de competencia en el aseguramiento, la falta de capacidades estatales y en la gestión territorial. Los determinantes sociales de la salud rural, tales como la deficiencia en la calidad educativa, la falta de agua potable o viviendas adecuadas, son también factores cruciales que contribuyen a las inequidades que se observan entre el campo y la ciudad. En este sentido, la implementación de estrategias sectoriales e intersectoriales que respondan a las particularidades de las zonas rurales y apartadas del país es fundamental para cerrar las brechas señaladas anteriormente.

3. La importancia de la salud rural para el desarrollo en contexto de posconflicto

La necesidad de un PNSR se hace manifiesta tan pronto se responde a la pregunta ¿Por qué es importante la salud para el desarrollo en un contexto de posconflicto? La respuesta a este interrogante pasa por entender las secuelas en salud de la violencia asociada al conflicto y por comprender que las brechas entre campo y ciudad han sido catalizadoras pero también resultado de dicha violencia.

La violencia asociada a los conflictos armados puede comprenderse como un problema de salud pública. No sólo por la mortalidad y morbilidad en la población como resultado de las acciones directas del conflicto (afectaciones físicas y mentales por acciones armadas) sino, y, en mayor medida, por sus efectos indirectos: los conflictos afectan los determinantes sociales de la salud pues generan, entre otras, disrupciones en las vidas de las personas, alteran el bienestar económico de familias y limitan el suministro de alimentos y agua en las comunidades afectadas. Encuestas de salud realizadas en la República Democrática de Congo, por ejemplo, sugieren que la mayoría de las muertes en zonas de conflicto fueron causadas por fiebre, malaria, diarrea, infección respiratoria y malnutrición, y no por acciones directas contra la población (Kruk, Freedman, Anglin, & Waldman, 2010)[18].

En estos casos confluyen factores estructurales (pobreza de las zonas afectadas por el conflicto) con los efectos de la confrontación armada (la seguridad alimentaria se puede ver afectada, por ejemplo,

[17] Éste apartado es sólo un esbozo de la situación de desigualdades en salud que se observan en el territorio, y por ende, no se pretende derivar de este diagnóstico acciones específicas a implementar en la zona rural del país.
[18] Véase también (Hemily, 2010).

por el confinamiento o la voladura de oleoductos que a su vez conduce a la contaminación de fuentes hídricas; la diarrea no se trata adecuadamente porque el personal médico abandona la zona).

El caso colombiano refleja la importancia de tomar en consideración estos factores:

1. Sin duda el conflicto armado ha tenido efectos directos al dejar cientos de víctimas mortales y personas con heridas físicas y mentales notables. En contraste, el inicio del proceso de paz mostró ya los primeros beneficios al vislumbrar, por ejemplo, la significativa reducción en el número y severidad de heridos como resultado de actividades hostiles (véase por ejemplo Ordoñez, Manzano-Nunez, & Naranjo, 2018).

2. Si se toman como referencia los datos epidemiológicos del MSPS, producidos a partir del Registro de estadísticas vitales del DANE, se observa que sólo en 12% de los municipios del país la principal causa de mortalidad son las causas externas (que incluye, entre otros, los efectos de la violencia)[19]. El porcentaje aumenta a 36% si se toman en consideración sólo los municipios más fuertemente afectados por el conflicto. Con todo, en la mayoría son los problemas circulatorios o las neoplasias la principal causa de muerte; estamos entonces ante un escenario donde las afectaciones directas del conflicto son una pero no la principal necesidad en materia de salud.

3. A diferencia de otros países como Sierra Leona donde el conflicto armado supuso la destrucción de gran parte de la infraestructura hospitalaria o la pérdida de gran parte del talento humano (Bertone, Samai, Edem-Hotah, & Witter, 2014), en Colombia el sistema de salud siguió operando y avanzando; no se trata entonces de un sistema que debe ser "reconstruido". En efecto, los avances en materia de los principales indicadores de salud son notorios (por ejemplo entre 2010 y 2015 se redujo la desnutrición crónica, de 13,2% a 10,8% y la mortalidad infantil de 18 a 14 por cada mil nacidos vivos) (MSPS, 2017). No obstante, estos avances, aunque también visibles, son menos notorios en contextos rurales (ver sección 2). Por lo anterior y, en armonía con los objetivos en salud del Plan Nacional de Desarrollo (2014-2018), el mayor aporte que se puede hacer desde el sector salud a la paz y a la sostenibilidad de un escenario de post-conflicto es la reducción de brechas territoriales y poblacionales -en salud- (Haar & Rubenstein, 2012).

4. La reducción de brechas sólo será posible si se reconoce la inmensa diversidad territorial y poblacional de Colombia que, a su vez, se traduce en perfiles epidemiológicos variados. Un reciente análisis del Instituto Nacional de Salud (INS, 2017) que se centra específicamente sobre las Zonas Veredales Transitorias de Normalización, por ejemplo, revela la gran diversidad de perfiles epidemiológicos aún en una muestra pequeña de municipios (25). No obstante, también revela elementos comunes como la alta morbilidad asociada a enfermedades transmitidas por vectores (Malaria y Leishmaniasis), y la mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares y circulatorias.

[19] Fuente: Estadísticas Vitales, DANE. Cálculos propios MSPS, 2017.

5. La reducción de brechas no sólo requiere de un diagnóstico acertado (acá sólo esbozado), sino que se materializa en una estrategia diferenciada en materia de infraestructura, talento humano y acciones de promoción y prevención, tomando en consideración los enfoques diferenciales originados en la diversidad poblacional y cultural.

Retomando entonces la pregunta inicial de esta sección, la salud es esencial para el desarrollo en un contexto de posconflicto porque:

1. La violencia dejó secuelas directas sobre la población rural que deben ser atendidas.

2. En un contexto de reducción de la violencia es más fácil atender las enfermedades y los determinantes sociales que explican mayoritariamente los niveles de mortalidad/morbilidad experimentados en zonas rurales y que fueron agravadas por cuenta de la confrontación armada. La paz se convierte entonces en una oportunidad única para intervenir adecuadamente en zonas antes escasamente atendidas por el sector y, de esta forma, trabajar en la reducción de las brechas anteriormente señaladas.

3. La violencia asociada al conflicto armado ha tenido un impacto sobre la permanencia de los profesionales y técnicos de la salud, afectando con ello la capacidad de los territorios para responder a las necesidades en salud de los ciudadanos (ver Figura 11). El contexto de postconflicto supone una oportunidad para fortalecer la presencia de talento humano en salud en estas zonas.

4. Siendo en ocasiones el sector salud el primero y más frecuente intermediario entre comunidades y la institucionalidad, acercar la oferta de servicios de salud puede convertirse en un vehículo legitimador y generador de confianza en el Acuerdo Final (2016) y en la institucionalidad en general. Por esta vía, además, puede convertirse en factor de reconciliación y de prevención de nuevos ciclos de violencia.

5. El espíritu de los acuerdos de paz, especialmente el punto 1, es la recuperación del campo, de su territorio y de su capacidad generadora de desarrollo para el país, con el fin de reducir las inequidades históricas entre sus habitantes. Para alcanzar dicho objetivo debe lograrse que el ejercicio de derechos de los ciudadanos pueda garantizarse, de manera que se incentive la permanencia y el retorno al campo en condiciones de justicia y equidad, en este caso, en materia de salud.

El efecto legitimador anteriormente esbozado se hace aún más evidente si se tienen en cuenta las expectativas manifestadas por la población colombiana: en una encuesta del Centro Nacional de Consultoría que preguntó a los colombianos (n:1001) “En cuanto a los beneficios de un acuerdo de paz, ¿cuáles cree usted que son los 2 más importantes?” la respuesta mayoritaria (39%) fue “aumento de recursos para salud y educación” (CNC, 2016), por encima de la reducción de la violencia (38%).

4. Instrumentos de política pública en los que se enmarca el Plan

El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), como apuesta política por la equidad en salud en los ámbitos rurales del país, se sustenta y articula con las directrices generales que desde la Constitución de 1991 se han establecido en materia de planeación y gestión institucional, el desarrollo normativo del sector y los lineamientos internacionales en materia de salud. Lo anterior, con el fin de propender por la integración de las políticas, estrategias y programas que inciden positivamente los determinantes sociales de la salud, y se direccionen al cierre de brechas poblacionales y territoriales.

Como ente rector del sector y en consonancia con el sustento legal mencionado, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha concretado acciones que permitan avanzar hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el manejo de los determinantes sociales de la salud. De igual forma, contribuye al fortalecimiento de las capacidades en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de diferentes instrumentos de política pública construidos con enfoques participativos. A continuación, se mencionan los principales instrumentos que actúan como base conceptual y operativa para el diseño e implementación del PNSR.

BORRADOR

4.1. Ley Estatutaria en Salud

La Ley Estatutaria de Salud (LES) (Ley 1751, 2015) implica el reconocimiento social de un derecho esencial para garantizar la dignidad humana y la igualdad de oportunidades de los ciudadanos. En este sentido, con la promulgación de esta ley se estableció en Colombia el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable, en lo individual y en lo colectivo.

Lo anterior comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (Ibíd., Art. 1). Esto les sugiere al Estado colombiano la obligación de adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (Ibíd.). La Ley además reconoce la interculturalidad como uno de sus principios y la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad, como elementos esenciales e interrelacionados, convirtiéndose así en el marco general actual de la salud.

Desde lo práctico, la LES abarca prácticamente todos los componentes del sistema de salud y ha supuesto acciones encaminadas hacia la redefinición del plan de beneficios, nuevas normas de afiliación, el fortalecimiento de la política farmacéutica, la regulación del ejercicio de los profesionales de la salud, la gestión de la tecnología y la revisión del papel de los diferentes agentes del SGSSS.

4.2.Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) es la apuesta estratégica del sector para lograr el desarrollo integral del ser humano, desde su concepción como pacto social y mandato ciudadano. Éste busca crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia (MSPS, 2013). La intersectorialidad, como principal apuesta del plan, busca alcanzar la mayor equidad en salud, afectar positivamente los determinantes sociales en salud y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludable, definiendo al territorio como principal escenario de intervención para alcanzar los objetivos.

En este plan se describen los objetivos, componentes, estrategias y metas para avanzar en ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales, a saber:

- Dimensiones prioritarias: Salud ambiental; Vida saludable y condiciones no transmisibles; Convivencia social y salud mental; Seguridad Alimentaria y Nutricional; Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; Vida saludable y enfermedades transmisibles; Salud pública en emergencias y desastres; Salud y ámbito laboral.
- Dimensiones transversales: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud.

Así mismo, el reconocimiento de las particularidades en razón del curso de vida, género, grupo étnico, condición de discapacidad o de víctima, se materializa a través de la definición de los enfoques en los que se sustenta la política para las diez dimensiones establecidas, y en el desarrollo de la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables. Para su implementación se han preparado lineamientos para los territorios, con el fin de que los actores involucrados adapten y adopten las estrategias y acciones, de acuerdo con las realidades locales.

Por ser producto de la movilización social de los diferentes actores y de la concertación y articulación de acciones sectoriales e intersectoriales que superan periodos de gobierno, y por definir las principales dimensiones y estrategias para garantizar la salud de las comunidades según su contexto, el PDSP es de obligatoria observancia para los demás planes, programas y proyectos que se formulen en la materia.

4.3.Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018 “Todos por un nuevo país” describe los esfuerzos para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en el país, y con ello mejorar el estado de salud de los ciudadanos. En el capítulo sobre la estrategia de movilidad social, que pretende sentar las bases para fortalecer las capacidades y potencialidades de los individuos como condición para su desarrollo integral, se detallan cuatro objetivos específicos, a saber: (i) aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención; (ii) mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas de resultados en salud; (iii) recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema; y (iv) asegurar la sostenibilidad financiera del sistema en condiciones de eficiencia (DNP, Bases del Plan Nacional de Desarrollo Nacional 2014-2018 "Todos por un Nuevo País", 2014).

BORRADOR

Para efectos del PNSR, estos cuatro objetivos resultan relevantes pues marcan una hoja de ruta para temas que requieren intervención especial en el ámbito rural. Precisamente, garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud, modificar los resultados y tendencias de los indicadores y generar confianza en las comunidades sobre la presencia de un sistema de salud que funciona, es lo que marcará la diferencia y permitirá contribuir con el cumplimiento de los objetivos.

4.4. Política de Atención Integral en Salud 2016

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) es orientar al SGSSS hacia la "generación de mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución" (Resolución 0429 , 2016)[20][21]. Para lo anterior, la política cuenta con cuatro estrategias, a saber (MSPS, 2016, págs. 32-33):

1. Atención Primaria en Salud, con énfasis familiar y comunitario, que incluye: (i) reconocer los determinantes sociales de la salud en los territorios y micro-territorios, que obligan a la acción intersectorial para mejorar la gestión de la misma; (ii) profundizar la participación social en la gestión de la salud, la cual debe ser respetuosa, incluyente y efectiva; y (iii) adecuar los servicios de salud a las necesidades y particularidades de las personas, familias y comunidades, en sus entornos: hogar, laboral, educativo, comunitario e institucional.
2. Cuidado de la salud: Centrar el sistema en las personas, lo cual implica reorientar el abordaje de cada individuo, familia y comunidad, en sus entornos; como sujetos activos de atención integral.
3. Diferenciación: Adaptar el modelo de salud a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del SGSSS.
4. Gestión integral del riesgo en salud: Articular la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad. Para ello se requiere de la acción complementaria entre las entidades territoriales y las empresas promotoras de salud (EPS).

En su componente operativo, la política propende por la implementación de una serie de herramientas que constituyen el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones del SGSSS:

[20] El artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un Nuevo País", establece la implementación de una Política de Atención Integral en Salud (PAIS) la cual debe ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa. La Resolución 0429 de 2016 reglamenta la creación de la política en mención.

[21] La Atención integral en salud se define como el "conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos" (Resolución 3202 , 2016).

BORRADOR

1. La conformación y operación de redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS) (Resolución 1441, 2016), acorde con las necesidades y particularidades de las personas, familias y comunidades.
2. El fortalecimiento del talento humano, lo que implica contar con personal pertinente y adecuado para la atención integral en salud, dispuesto en sitios estratégicamente identificados para que sea oportuna y pertinente la atención requerida.
3. Aplicación de Rutas Integrales de Atención (RIAS) para la promoción y mantenimiento de la salud así como para la atención por grupos de riesgo y por eventos específicos.
4. Adecuación del plan de intervenciones colectivas y de la gestión en salud pública, es decir las actividades de salud pública a cargo de las entidades territoriales que reconocen los determinantes sociales para generar entornos saludables.

Ésta política no solo será parte del marco normativo por medio del cual se podrán materializar las estrategias del PNSR. Los componentes de esta política serán instrumentos cruciales para la creación del Modelo de Salud Especial al que hace referencia el Acuerdo Final (2016) (punto 1.3.2.1). El **Anexo 2** de este documento presenta un flujograma de proceso y actividades que se adapta a cada realidad territorial para la implementación de la política PAIS.

BORRADOR

5. Objetivos, justificación y alcance del PNSR

En reconocimiento de la salud como un derecho fundamental (Ley 1751, 2015) y con miras a contribuir al desarrollo rural integral, el PNSR está principalmente orientado a cerrar las brechas urbano-rurales en términos de cobertura, acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud. Para ello, su construcción adopta un enfoque territorial, poblacional y de género con el fin de responder de manera efectiva a los retos que presenta la salud rural en Colombia, evidenciados en el Análisis de la situación de salud rural en Colombia arriba presentado.

5.1. Objetivo general

Hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales de Colombia, asegurando cobertura, acceso, oportunidad y calidad de las atenciones en salud, con un enfoque territorial, poblacional y de género.

5.2. Objetivos específicos

- Cerrar la brecha urbano-rural vía el mejoramiento de los resultados en salud en las zonas rurales del país.
- Consolidar un modelo especial de salud pública para zonas rurales, con énfasis en la promoción y prevención, que permita brindar atención en los distintos entornos en donde viven las personas (hogar, vereda, corregimiento, etc…), los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, entre otros.

- Fortalecer las redes integrales de prestación y la oferta de servicios de salud en las zonas rurales del país, con miras a mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación de los servicios de salud.
- Promover que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas dirigidas a las zonas rurales del país, y con ello, abordar de manera efectiva los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.
- Aunar esfuerzos intersectoriales para mejorar la salud materno-infantil, la salud nutricional, la atención psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas, la salud de los consumidores de sustancias psico-activas y la salud ambiental en las zonas rurales del país.

5.3.Justificación

En el marco de lo pactado tras el *Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera* (2016), el Gobierno Nacional adquirió la responsabilidad de establecer e implementar acciones dirigidas a promover el desarrollo rural en el país, con miras a "erradicar la pobreza, promover la igualdad y asegurar el pleno disfrute de los derechos de la ciudadanía" (Acuerdo Final, 2016). Lo anterior, en el marco de la creación de espacios de participación a nivel territorial, que le permitan a los distintos sectores de la sociedad ser parte activa del proceso de desarrollo integral del campo colombiano.

La garantía del derecho a la salud es uno de los principales mecanismos para la reducción de las brechas poblacionales y territoriales en el país, en la medida que la salud afecta directamente el desarrollo de capacidades de cada persona para convertir sus derechos en libertades; esto es, para que las personas puedan ejercer su elección personal y llevar a cabo la vida que valoran (Sen, 2000).

En el marco de lo anterior, la salud de las personas, familias y comunidades que residen en el ámbito rural y rural disperso es considerada un elemento fundamental para crear condiciones de bienestar para la población, y promover la transformación estructural del campo colombiano, en la transición hacia un país más equitativo y justo, en el que se reconozca ampliamente su riqueza cultural y su carácter heterogéneo, a nivel poblacional y territorial. Así mismo, en virtud de que el Acuerdo Final (2016) señala como eje fundamental de la paz impulsar la presencia y acción eficaz del estado en todo el territorio nacional, la disponibilidad y promoción de servicios y atenciones en salud - en la zona rural – es una de las mayores representaciones de presencia estatal y una condición necesaria para avanzar hacia la consolidación de la paz en el país.

5.4. Alcance

En línea con la implementación de lo pactado en el *Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera* (2016), El PNSR se implementará durante los próximos quince años (2018-2031) teniendo en cuenta las categorías de ruralidad establecidas por la Misión Para La Transformación Del Campo (2014) a saber: i) ciudades y

BORRADOR

aglomerados, ii) intermedios, iii) rural y iv) rural disperso[22], así como, en las premisas planteadas: "de no excluir ninguna de las zonas que hoy son consideradas como rurales, la población rural (a partir de las Categorías de Ruralidad) corresponde al total de la población en la zona resto del país y se adicionan las personas en las cabeceras municipales de las categorías Rural y Rural disperso" (DNP- Misión Para La Transformación Del Campo, 2014, pág. 10)

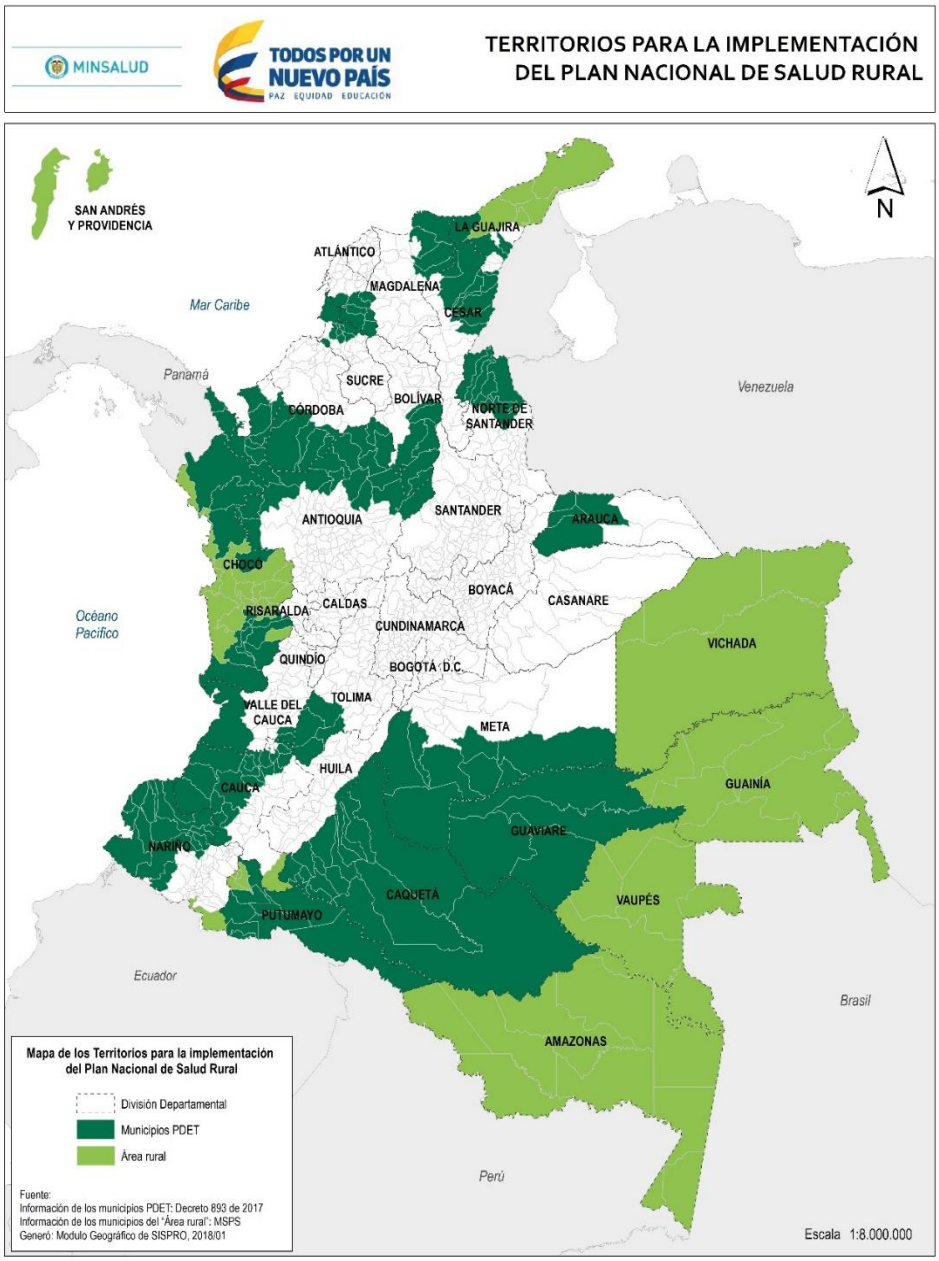
Así mismo, según lo señalado en el decreto por medio del cual se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET (Decreto 893, 2017), la ejecución del PNSR priorizará los territorios con mayores niveles de pobreza, mayor debilidad institucional, más afectados por el conflicto armado y con presencia de cultivos de uso ilícito.

En este sentido, si bien el PNSR es de aplicación en todo el ámbito rural, el mismo será en primera medida implementado en los 170 municipios focalizados por la Oficina del Alto Comisionado para la Paz. El mapa a continuación señala los municipios PDET y los municipios rurales del país en los que se implementará el presente Plan.

La zona rural se caracteriza por una baja densidad poblacional, una limitada disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, barreras geográficas y la carencia de vías de acceso. De manera puntual, se utilizó el Estudio sobre la Geografía Sanitaria de Colombia (Páez, Franco, & Jaramillo, 2014) y criterios de densidad vial para definir los municipios en los que se implementará en PNSR y que se presentan en el mapa a continuación.

BORRADOR

[22] La Misión Para La Transformación Del Campo (2014) clasificó cada uno de los municipios en Colombia para el 2014, determinando que 117 municipios pertenecen a la categoría de Ciudades y aglomeraciones, 314 a Intermedio, 373 a Rural y 318 a Rural disperso. (DNP- Misión Para La Transformación Del Campo (2014))



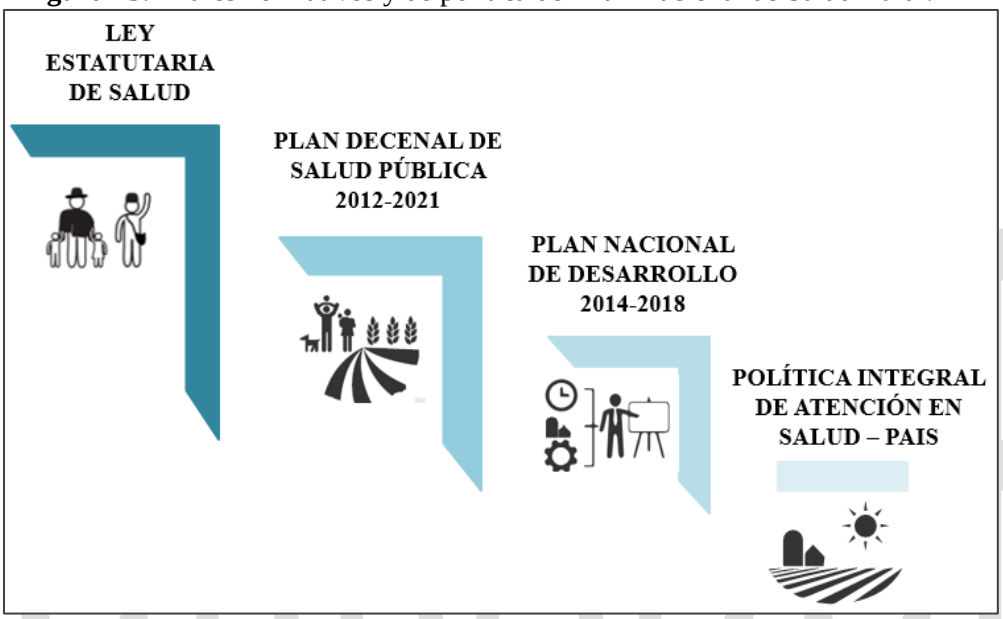
Fuente: Elaboración propia. MSPS.

6. Componentes estratégicos del PNSR

Las estrategias y líneas de acción que propone el PNSR fueron formuladas a la luz de lo pactado en el Acuerdo Final (2016) y de conformidad con las brechas urbano-rural evidenciadas en el Diagnóstico arriba presentado (sección 2). Cada una de las estrategias se desarrolla en el marco de la normativa que rige actualmente al SGSSS, el cual se viene ajustando a la luz de la Ley Estatutaria en Salud (LES) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), creada por el

Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND), y de manera puntual, con la implementación de un modelo de atención integral en salud para las zonas rurales del país. Las propuestas de salud pública del presente plan - a ser implementadas por cada uno de los territorios - buscan ser completas e integrales, por lo cual, se articulan con las apuestas del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 (PDSP) para intervenir de manera exitosa los determinantes sociales de la salud de las personas, familias y comunidades que habitan en el campo colombiano (véase sección 4 y Figura 13).

Figura 13. Pilares normativos y de política del Plan Nacional de Salud Rural.



Fuente: Elaboración propia.

Cada una de estas herramientas de política (i.e. LES, PDSP, PND y PAIS) parten por reconocer la necesidad de adoptar un enfoque de derechos, territorial, poblacional y de género en todas las estrategias o intervenciones que se diseñen, con el fin de promover el mejoramiento y mantenimiento del estado de salud de los colombianos, y reducir las brechas poblacionales y territoriales del país. Los enfoques diferenciales señalan condiciones o acciones requeridas de manera especial para garantizar el ejercicio de derechos y la inclusión de ciudadanos, en consideración a características poblacionales o sociales. En general, los enfoques diferenciales deben hacer parte de la planeación de toda política pública, no como factor para segmentar sino para garantizar que aquellos con esas características diferenciales sean efectivamente incluidos en el conjunto de la población, y que esa característica sea considerada para el diseño de la intervención. De la misma manera, hay que tener en cuenta en el diseño de la política pública que a medida que disminuye la escala de la intervención, por ejemplo de nación a departamento, de departamento a municipio, o de municipio a vereda, cada vez más ciudadanos cumplen con esas características diferenciales, lo que lleva a considerar que llega un punto en que la escala hace que el enfoque diferencial se haga universal para esa unidad administrativa, caso en el cual se requiere considerar las necesidades específicas de esa característica diferencial, pero que se planee de manera universal y no como factor de focalización o priorización.

Bajo este mismo espíritu, cada una de las estrategias del PNSR adopta de manera integral todos los enfoques diferenciales que se señalan en el Acuerdo Final (2016). Es, sin embargo, necesario diferenciar entre aquellos con carácter universal, porque son comunes a toda la población a intervenir, y aquellos que aportan elementos de priorización o focalización, por señalar alguna característica especial o de vulnerabilidad que debe primar entre toda la población. Así las cosas, en el conjunto de los diferenciales universales el principal es la característica territorial, dando prioridad a las diferentes dimensiones de la definición de ruralidad; acompañada de la de campesinado, en el entendido de los determinantes sociales que esta actividad tiene en las condiciones de vida; y la de haber sido víctima del conflicto armado, no solamente en el sentido de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448, 2011), sino de habitar en las zonas más afectadas por los hechos violentos del conflicto armado interno. Adicionalmente, entre todo el conjunto de la población hay características que aumentan la vulnerabilidad o la necesidad de intervención, por lo que deben ser priorizadas entre todos los diferenciales. Esas características son (i) el enfoque de género, para que las mujeres mejoren la equidad social y económica frente a los hombres en estos territorios[23]; (ii) la priorización de niños, niñas y adolescentes, para la promoción y protección de sus derechos; (iii) el de envejecimiento y vejez que debe mejorar la protección y atención de los adultos mayores[24]; (iv) la inclusión social de las personas con discapacidad, que tienen barreras aumentadas en la zona rural por accesibilidad y movilidad; (vi) la protección y garantía de los derechos de la población LGBTI; y (v) la adecuación intercultural de las intervenciones cuando se trabaje con comunidades o grupos étnicos reconocidos.

Las estrategias que se enuncian a continuación buscan promover acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, acorde con las características socioculturales, geográficas y poblacionales, en el que además se incorpore la medicina propia y saberes ancestrales cuando se trate de grupos étnicos, de acuerdo con los sistemas propios reconocidos en el Decreto 1953 de 2014[25]. La implementación de las estrategias del PNSR es responsabilidad, en primera instancia, de los actores del SGSSS, en concordancia con las competencias establecidas en la normatividad vigente. Cabe anotar, sin embargo, la necesidad de la acción coordinada entre todos los sectores, en reconocimiento de los determinantes sociales de la salud[26]. Si se quiere garantizar el mejoramiento y mantenimiento de la salud de la población de la zona rural, es imprescindible reconocer la corresponsabilidad de todos los actores. La Declaración de Adelaida sobre la *Salud en todas las políticas* (OMS, 2010) destaca la importancia de incluir la salud y el bienestar como

[23] Actualmente, las mujeres ocupan más tiempo que los hombres en actividades no remuneradas que aumentan dependencia y dificultades para educación y otras opciones laborales (DANE, 2013).
[24] De acuerdo con la encuesta SABE tienen los menores niveles educativos (30% ninguno y 7% básica secundaria), en su mayoría pertenecen al régimen subsidiado (74,5%), tienen los menores ingresos (76,9% < 1SMLMV), que provienen de trabajo propio o subsidios del Estado (MSPS & COLCIENCIAS, 2016, pág. 476).
[25] "Decreto por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política" (Decreto 1953, 2014).
[26] El estado de salud de las personas no sólo es el resultado de las atenciones en salud, sino también de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven y envejecen. Son justamente los determinantes sociales de la salud los que explican las inequidades poblacionales y territoriales que se observan no solo en Colombia, sino a nivel mundial (OMS, 2009).

BORRADOR

componente esencial de la formulación de políticas en todos los sectores y en todos los niveles de gobierno. Finalmente, en esta misma línea y en el espíritu del Acuerdo Final (2016), es importante destacar el carácter participativo del proceso, y con ello, el compromiso de las comunidades y diferentes sectores de la sociedad en el proceso de concertación e implementación del Plan.

6.1. Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de población y territorios.

A la luz del diagnóstico arriba presentado (sección 2), es claro que los diversos contextos demandan políticas diferentes. En las zonas rurales del país la dispersión de la población, las condiciones geográficas y la poca infraestructura vial dificultan el acceso efectivo a la oferta de servicios de salud. A lo anterior se suma la inexistencia de competencia a nivel del aseguramiento, limitaciones en la oferta de recurso humano especializado, condiciones culturales complejas y la baja capacidad técnica y administrativa de los territorios. Se requiere entonces de ajustes al SGSSS con el fin de responder a las particularidades y necesidades de la población que reside en la zona rural de Colombia.

Los correctivos al sistema en mención deberán incluir un mayor énfasis en atención extramural y en el uso de tecnologías que permitan superar las barreras de acceso, como la telemedicina. El fortalecimiento de la red de prestación en estos territorios, vía inversión en infraestructura y complementariedad con redes externas, es también crucial. La atención primaria en salud debe ser el mecanismo de articulación de las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad. Es imperativo también un ajuste de la operación del aseguramiento, con la posibilidad de definir un único asegurador para el territorio, así como un mecanismo financiero especial que garantice el manejo integral y el flujo de recursos del sector. El fortalecimiento de la participación comunitaria, atendiendo a su condición étnica y cultural, debe ser también un elemento crucial en los ajustes a considerar para estas zonas.

En respuesta a lo anterior y al compromiso de crear un modelo especial de salud pública para zonas rurales (Acuerdo Final (2016), punto 1.3.2.1), en armonía con la normatividad vigente, y en particular con los lineamientos señalados en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Identificación de necesidades, riesgos y potencialidades de las personas en los territorios: Las direcciones territoriales de salud identificarán las necesidades y potencialidades poblacionales y territoriales[27], y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) realizarán la caracterización de sus afiliados[28]. Con esta base, las EAPB realizarán la gestión del riesgo individual en salud, determinarán las necesidades y problemas en su población afiliada y conformarán grupos de riesgo. Este proceso incluye la identificación de la población que por sus características aumentan la vulnerabilidad o la necesidad de

[27] A partir del Análisis de la Situación de Salud Territorial-ASIS.
[28] Se seguirán lineamientos previamente trabajados. Véase al respecto (MSPS, 2016)

BORRADOR

intervención (i.e. mujeres, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, población LGBTI, indígenas, afros y demás grupos étnicos reconocidos). Con estos insumos, en el marco de lo dispuesto por la Resolución 1536 de 2015, las entidades territoriales formularán un Plan Territorial de Salud[29], siendo éste un aparte integral del Plan de Desarrollo Territorial, conforme a lo estipulado por la normatividad vigente.

2. Identificación de necesidades, expectativas y tensiones entre los agentes del sector salud y demás sectores con influencia en los determinantes de la salud en los territorios: Se promoverán ejercicios para que desde las entidades territoriales se evidencie y comprenda la situación actual y las perspectivas de todos y cada uno de estos actores, con miras a identificar problemas, brechas, expectativas y tensiones; con esa base se debe valorar las potencialidades existentes para atender de manera efectiva las necesidades y expectativas de todos los actores.

3. Concertación de prioridades: Se promoverán ejercicios de priorización de manera concertada, entre comunidades y agentes, con miras a: (i) fortalecer capacidades para el autocuidado y el cuidado mutuo, en los diferentes momentos de su curso de vida; (ii) definir estrategias para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o si acaecen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias; y (iii) establecer arreglos institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los agentes del sector salud y de los demás sectores con influencia en los determinantes sociales de la salud.

4. Adaptación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Las rutas definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención de las personas y familias, a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo; las acciones necesarias para promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (Resolución 3202 , 2016)[30]. Para el proceso de formulación e implementación del PNSR, se promoverá la adaptación de las RIAS en cada territorio, acorde a las características culturales, sociales de las personas y de la oferta de servicios de salud, incluyendo a la medicina tradicional[31]. Cabe mencionar que es justamente dentro de estas rutas en donde se materializan los enfoques diferenciales. Por un lado, el desarrollo de las RIAS parte por identificar grupos de riesgo, entre los que se encuentran, por ejemplo, población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas (población que enfrenta eventos como, violencia de género o violencia relacionada con el conflicto armado, por ejemplo), población con riesgo o trastornos psicosociales y del

[29] El Plan Territorial de Salud – PTS es una parte integral del Plan de Desarrollo Territorial (PDT). (Artículo 27 de la Resolución 1536 de 2015)
[30] Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud. Resolución 3202 de 2016.
[31] También debe preverse el desarrollo de nuevas Rutas, en cuyo caso, existe un Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, que se puede utilizar para su diseño, implementación, monitoreo y evaluación.

BORRADOR

comportamiento (p.ej. depresión, suicidio, demencia), población con riesgo o infecciones (p.ej. dengue, malaria, VIH, sífilis), población en condición materno – perinatal (p.ej. bajo peso, hemorragias, enfermedades congénitas y metabólicas genéticas), entre otras. Por otro lado, las rutas promueven la adecuación de las atenciones en salud - tanto individuales como colectivas - de acuerdo con las condiciones particulares de las personas y comunidades, destacando, por ejemplo, la adecuación intercultural para atender población indígena y afro, así como capacitación al talento humano para atender a la población LGBTI.

5. Concertación de acuerdos entre los agentes del sistema de salud y de los demás sectores con influencia en los determinantes de la salud: Se diseñará, concertará y se pondrán en marcha acciones integrales y efectivas para eliminar, disminuir o mitigar los riesgos identificados. Para ello, se desarrollarán las acciones pertinentes de coordinación y articulación de actores intersectoriales y comunitarios, con el fin de establecer acuerdos vinculantes que permitan implementar la gestión integral del riesgo, mediante el trabajo complementario[32].

6. Implementación de un sistema de vigilancia en salud pública con base comunitaria (VSPC): Para promover la detección temprana de potenciales situaciones de interés en salud pública, por parte de la comunidad, se buscará generar capacidades en líderes y grupos, con lo cual se podrá identificar y reportar eventos y/o rumores, para su posterior análisis y gestión por parte de las autoridades locales de salud. En este sentido, se promoverá la conformación de redes o nodos comunitarios, que con empoderamiento contribuirán a la identificación y localización de eventos inusuales en salud[33].

Finalmente, en el marco de un escenario participativo e incluyente, se promoverá la implementación de los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos, que desarrolló el MSPS para apoyar la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021[34].

La creación del Modelo Especial de Salud tendrá en cuenta a los grupos étnicos en lo que corresponde a la adecuación intercultural de las atenciones en salud. Para ello, se trabajará de manera articulada con el SISPI en el caso de los pueblos indígenas, y con los consejos comunitarios en el caso de los afrodescendientes, raizales y palenqueros.

[32] Debe entenderse para todos los efectos, que el concepto de complementario, hace referencia a lo definido por la Real Academia Española (RAE): "Que sirve para completar o perfeccionar algo", es decir, que debe contarse con todos los elementos, procesos, servicios, etc., operando de manera sincrónica, armónica y fluida, con el propósito de cuidar integralmente a individuos, familias y comunidades; sin solución de continuidad durante los 365 días de cada año. Si faltare alguno de estos elementos y/o atributos, el cuidado seria incompleto, imperfecto.

[33] La Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria- VSPC, es un componente de la estrategia de vigilancia de rumores, clave para la identificación temprana, por parte de actores comunitarios, de eventos o situaciones que pueden afectar el estado de salud de una población. Así mismo, la VSPC sirve como puente de articulación y diálogo entre lo institucional y lo comunitario.

[34] Dichos lineamientos, incluyen una secuencia de cinco procesos que se encuentran inscritos en el marco del ciclo de la gestión pública en los componentes de planificación e implementación, estos son: Alistamiento Institucional, Ruta Lógica para la Formulación de Planes Territoriales de Salud (PTS), Gestión Operativa, Sistema de Monitoreo y Evaluación, y Rendición de Cuentas. (MSPS, 2016)

BORRADOR

6.2. Aumentar la cobertura del aseguramiento en la zona rural

Bajo el esquema de aseguramiento social colombiano, la reducción de inequidades en coberturas es una condición necesaria para avanzar en el cierre de brechas - entre el campo y la ciudad - en términos de acceso y resultados en salud. En este sentido, aumentar la cobertura del aseguramiento en salud en las zonas rurales del país constituye una necesidad del sistema para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de forma continua y sostenible.

Con el fin de garantizar el aseguramiento universal a los ciudadanos del ámbito rural del país, en línea con la construcción del Modelo Especial de Salud (Acuerdo Final (2016), punto 1.3.2.1) y la Política de Atención Integral en Salud – PAIS (Resolución 0429 , 2016), se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Fortalecimiento de las capacidades de gestión de las entidades territoriales: Se brindará asistencia técnica a las entidades territoriales, priorizando los territorios con mayores índices de necesidades insatisfechas y más afectados por el conflicto armado, con el fin de mejorar su capacidad de gestión colectiva del riesgo. Para ello, se desarrollarán herramientas y capacitaciones que le permitan a la entidad territorial: (i) identificar, analizar e intervenir riesgos colectivos en salud del territorio bajo su jurisdicción; (ii) comunicar el riesgo a la población y analizar la percepción que ésta tiene del mismo; (iii) promover jornadas de afiliación al SGSSS en las zonas de mayor ruralidad y mayor dispersión poblacional; (iv) construir un Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) robusto y que responda de manera efectiva a los determinantes proximales y distales de la salud de la población de su territorio; y (v) articular y coordinar de manera efectiva a los agentes del sistema y de los demás sectores que tengan a su cargo directa o indirectamente acciones en salud, para dar respuestas a las necesidades y problemas de salud de la población de su jurisdicción.

2. Organización del aseguramiento que facilite la gestión del riego en salud: Se promoverá la racionalización del número de aseguradoras que operen en las zonas rurales, de tal forma que se facilite la articulación de las atenciones en salud, individuales y colectivas. Así mismo, se establecerán los requisitos técnicos de operación para la habilitación de los aseguradores que operen en el ámbito rural. Esto incluye, condiciones en materia de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, en concordancia con las líneas de acciones que se definen para el nuevo modelo especial de salud (p.ej. demanda inducida, telemedicina, equipos extramurales).

3. Fortalecimiento del rol del asegurador: Se desarrollarán herramientas para fortalecer la capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica de las aseguradoras que operen en las zonas rurales, para la gestión individual de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás integrantes del Sistema, así como la gestión de riesgo financiero.

BORRADOR

6.3. Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el campo colombiano

Según lo pactado en el Acuerdo Final (2016), la creación e implementación del PNSR deberá tener en cuenta "la construcción y el mejoramiento de la infraestructura sobre la base de un diagnóstico amplio y participativo que permita atender al mayor número de usuarios en cada región, la dotación de equipos, incluyendo la adopción de nuevas tecnologías para mejorar la atención (ej. telemedicina), y la disponibilidad y permanencia de personal calificado" (punto 1.3.2.1).

En línea con lo anterior, la generación de condiciones que mejoren el estado de salud de las personas, familias y comunidades de las zonas rurales de Colombia - a través del acceso oportuno y de calidad - a los servicios requeridos, demanda la presencia en territorio de equipos multidisciplinarios de salud (EMS) debidamente capacitados, así como del fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y la capacidad institucional. Lo anterior, partiendo del reconocimiento de las particularidades del territorio colombiano, a través de un enfoque participativo, y el dimensionamiento de las necesidades de acuerdo con las dinámicas poblacionales y epidemiológicas de los distintos territorios. Así, este componente tiene como objetivo acercar la oferta de salud a las comunidades en los ámbitos rurales y dispersos, a través del fortalecimiento de la capacidad instalada, la formación de profesionales, técnicos y auxiliares de salud en los territorios más vulnerables y el fortalecimiento de redes integrales de prestadores de servicios de salud.

BORRADOR

6.3.1. Fortalecimiento de la infraestructura

La garantía de prestación de los servicios de salud, en condiciones de eficiencia y sostenibilidad, requiere que los actores comunitarios e institucionales identifiquen sus necesidades más inmediatas, brindando un panorama completo sobre los mecanismos y la articulación que permitirán solucionarlas. Este proceso se materializa a través de los diferentes instrumentos de planeación territorial con que cuentan departamentos, municipios y distritos, conforme a la normatividad vigente, como son la inscripción de las iniciativas en el Plan Bienal de Inversiones en Salud (PBIS), en los Planes Financieros Territoriales (PFT), e incluso en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (PTRRM).

Para lograr lo anterior, en línea con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 2514 de 2012, el Decreto 762 de 2017 y las Resoluciones 1877, 1985 y 4015 de 2013, se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Identificación de las necesidades en salud en los territorios priorizados. Las secretarías de salud (municipales, departamentales y distritales) participarán en los ejercicios de identificación de necesidades en salud de la población, y en particular en el proceso de análisis de las necesidades que sean manifestadas por las comunidades de los territorios bajo su jurisdicción.

2. Identificación y caracterización de las necesidades locales de oferta de servicios de salud[35]. Para ello, cada entidad territorial: (i) Analizará la prestación de servicios y la capacidad instalada actual del territorio, y con ello, elaborará un proyecto de diagnóstico de la oferta para el área seleccionada. Para ello, la entidad territorial deberá: a. analizar el PTRRM; b. definir los determinantes que afectan la capacidad instalada (p.ej. tiempo, vías de acceso, etc…); y c. analizar el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y la infraestructura actual e inventario de su estado, así como del estado de la dotación de los puntos de atención; (ii) Analizará la demanda de servicios de salud en el territorio bajo su jurisdicción y elaborará un diagnóstico de la demanda para el área seleccionada. Para ello, la entidad territorial deberá tener en cuenta el diagnóstico de la situación de salud del municipio, así como el perfil epidemiológico de la población bajo su jurisdicción. En el caso de los municipios priorizados por el Decreto 893 de 2017, la entidad territorial deberá estudiar las necesidades identificadas en el proceso de construcción de los PDET, que coordina la Agencia de Renovación del Territorio (ART). En el marco de lo anterior se deberá también realizar un análisis de georreferenciación de la población, a partir de fuentes tales como DANE, SISBEN y RUAF.

3. Preparación de las iniciativas a presentar ante el MSPS para concepto técnico de pertinencia. Para ello, la entidad territorial: (i) Elaborará la propuesta de necesidades de infraestructura y dotación, según tipología de prestación de servicios, tras análisis de oferta vs demanda; (ii) Priorizará las necesidades de oferta de prestación de servicios de salud identificadas; (iii) Incluirá las necesidades de inversión priorizadas en los PTRRM y presentar las necesidades de inversión de oferta de prestación de servicios de salud priorizadas ante los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS); e (iv) Incluirá las necesidades priorizadas en los Planes Bienales de Inversión en Salud (PBIS).

4. Formulación de proyectos de inversión en infraestructura y dotación hospitalaria. Para ello, las Empresas Sociales del Estado (ESE) deberán presentar el proyecto de inversión aprobadas en el PBIS (correspondiente a las iniciativas priorizadas) ante la entidad territorial departamental o distrital, para su correspondiente viabilidad. Una vez viabilizado por la entidad territorial, el proyecto deberá ser remitido al MSPS para su evaluación y concepto técnico de viabilidad, en caso de requerirse de acuerdo a la normatividad vigente.

5. Disposición de recursos para la ejecución de los proyectos de inversión de infraestructura y dotación avalados por el MSPS, y ejecución de los proyectos. Las fuentes de financiamiento que se dispongan para el efecto por parte de la Nación y las entidades territoriales, conforme a lo señalado en el marco de los PDET, permitirán el

[35] El Anexo 1 presenta el documento de dimensionamiento de necesidades de infraestructura realizado en 2017 para los primeros municipios PDET. Este documento se construyó de la mano con las entidades territoriales y corresponde a un primer ejercicio de identificación de necesidades de inversión en infraestructura y dotación.

BORRADOR

desarrollo articulado y armonizado de las inversiones para la ejecución de los proyectos viabilizados en los respectivos PBIS, y harán parte del Banco de Proyectos para la instrumentalización del Plan de Acción para la Transformación Regional (PATR) de cada PDET (Decreto 893, 2017).

6. Habilitación de servicios de salud: Una vez el proyecto haya sido ejecutado, se procederá a la habilitación de los servicios a ser prestados en la infraestructura construida, a ser operada por la respectiva ESE, conforme las normas vigentes del sistema único de habilitación a cargo de las direcciones territoriales de salud. En el caso de los municipios con población indígena y afro, se promoverá la adecuación intercultural de los servicios de salud que vayan a ser prestados en la infraestructura construida.

7. Generación de capacidades para la construcción y el fortalecimiento de puestos y centros de salud: Se brindará asistencia técnica a nivel departamental para promover inversión - por parte de los territorios - para la construcción y fortalecimiento de centros y puestos de salud.

BORRADOR

6.3.2. Formación y gestión del talento humano en salud

Como se evidenció en el Análisis de la situación de salud rural en Colombia (sección 2), la disponibilidad de algunos profesionales y especialistas es insuficiente para atender con calidad y oportunidad las necesidades de la población rural del país. En el marco de lo pactado en el Acuerdo Final (2016), esta estrategia tiene como objetivo gestionar y desarrollar acciones para mejorar la disponibilidad y la capacidad resolutiva del talento humano en salud del ámbito rural del país, acorde a la situación de la población, las características de los territorios y las Redes integrales de Prestadores de Servicios.

Con el fin de contar con el talento humano requerido para atender las necesidades en salud de la población en zonas rurales, y mejorar las condiciones para el desarrollo personal y profesional del personal sanitario, se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Identificación de necesidades de talento humano en salud en los territorios: Los territorios, con el apoyo del MSPS, identificarán y analizarán la disponibilidad, necesidad y condiciones de ejercicio y desempeño del talento humano en salud de los municipios rurales, priorizando los territorios PDET. A partir de ello, se generarán estrategias y acciones para mejorar la disponibilidad y capacidad resolutiva de los perfiles técnicos, tecnológicos, profesionales y especializados que trabajan en el área de la salud.

2. Conformación de Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS): En cada territorio se organizarán EMS de acuerdo con los lineamientos del MSPS, para la implementación de planes de cuidado primario, personales, familiares y comunitarios. Estos

lineamientos incluirán: (i) criterios para estimar las necesidades cuantitativas y cualitativas de talento humano, (ii) el reconocimiento y armonización de los agentes comunitarios, microscopistas y parteras tradicionales; (iii) propuestas para el diseño de incentivos para la retención y desarrollo del talento humano de los EMS, entre otros.

3. Consolidación de procesos de formación técnica y profesional en salud: Se gestionará desde el MSPS, y de manera coordinada con las entidades territoriales, los procesos de formación y desarrollo continuo del talento humano en salud requerido en la organización de los EMS.

4. Implementación de planes de inducción y reinducción: Se desarrollarán y pondrán en marcha procesos de formación y capacitación dirigidos al personal sanitario y administrativo en zonas rurales, con el fin de facilitar y fortalecer la integración del personal a la cultura organizacional, suministrar la información necesaria para el cumplimiento de sus deberes y desarrollar en ellos habilidades gerenciales y de servicio público para atender de manera efectiva a la población que habita en las zonas rurales del país. Lo anterior, de acuerdo con los lineamientos que establezca el MSPS.

5. Desarrollo de estrategias para mejorar la disponibilidad y retención del talento humano en salud en zonas rurales: Para ello se gestionará desde el MSPS el desarrollo de estrategias o mecanismos dirigidos a generar incentivos que aumenten la disponibilidad de profesionales y técnicos en salud en las zonas rurales del país, y aumenten las tasas de retención del talento humano en salud en estos territorios.

6.3.3. Conformación y fortalecimiento de redes integrales de prestadores de servicios de salud

Las redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS) consisten en un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (Art. 3, Resolución 1441, 2016). Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) son las responsables de la conformación y organización de la red de prestación ser servicios de salud para sus afiliados y de habilitarla ante la respectiva entidad departamental o distrital de salud donde estén autorizadas a operar. La articulación entre los actores del SGSSS es fundamental para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud, garantizar la oportunidad en la prestación, asegurar la integralidad en la atención así como mejorar la resolutividad para la población rural.

El objetivo de este componente es garantizar redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas que abarquen incluso las zonas rurales y de alta dispersión del territorio nacional, de conformidad con la oferta disponible y requerida para la atención de la población, en concordancia con la normatividad vigente al respecto (Resolución 1441, 2016). Para lograr lo anterior, se proponen como líneas de acción:

BORRADOR

1. Fortalecimiento de capacidades de evaluación en territorio: Se promoverá en las entidades territoriales departamentales y distritales competentes, con municipios ubicados en las zonas rurales, el fortalecimiento de la gestión a cargo para evaluar las propuestas de red de las EAPB, su habilitación y su vigilancia y control. Para ello, el MSPS brindará la asistencia técnica necesaria a las entidades territoriales que lo requieran. Para otorgar la habilitación a las RIPSS propuestas por las EAPB, las referidas entidades territoriales deberán efectuar, entre otras, : (i) la valoración de una oferta disponible, suficiente y completa, con la capacidad resolutiva requerida para solventar las necesidades en salud de la población; (ii) la valoración del componente asistencial, considerando entre otros aspectos las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), de acuerdo con la priorización realizada por el territorio; y (iii) el seguimiento al cumplimiento de las metas en la gestión de la prestación de los servicios, y en los resultados en salud. Todo lo anterior conforme a los estándares y criterios definidos para el efecto en la Resolución 1441 de 2016.

2. Fortalecimiento de capacidades de vigilancia: Se desarrollarán y fortalecerán los instrumentos de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) para la vigilancia en la prestación de los servicios y la operación de la RIPSS habilitadas, contando con el apoyo de las entidades departamentales y distritales competentes.

3. Mejoramiento de los sistemas de información: Se promoverá en las EAPB la realización de las actualizaciones de las RIPSS en cada territorio donde estén autorizadas a operar, en términos de servicios y prestadores, en condiciones de disponibilidad, suficiencia y completitud. Para ello, las entidades departamentales y distritales deberán gestionar las novedades presentadas por cada una de las EAPB (p.ej. retiro de un prestador de la red habilitada) a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), desarrollado y administrado por el MSPS. Todo lo anterior conforme a las disposiciones de la Resolución 1441 de 2016.

4. Mejoramiento de los servicios de salud que prestan los hospitales públicos: Se promoverá en entidades departamentales y distritales de salud, con municipios ubicados en las zonas rurales, la actualización y adecuación del desarrollo de servicios de las Empresas Sociales del Estado, en los Programas Territoriales de Reorganización Rediseño y Modernización de Redes (PTRRMR) (Ley 1450 de 2011, art. 156), acorde a las condiciones y necesidades de sus territorios, procurando la adecuada incorporación de las ESE en las RIPSS habilitadas por las EAPB.

6.4. Estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto

La calidad de vida y salud de la población son el resultado de un proceso complejo de varios componentes. El fortalecimiento de los procesos y de los entornos existentes en salud es una

BORRADOR

necesidad imperiosa para la construcción de oportunidades de desarrollo. Dado que los entornos para la acción intersectorial requieren movilización social, es necesario el compromiso en los territorios y el de todos los sectores de la sociedad[36]. Se requiere entonces de una visión integral de las políticas públicas, que abogue por mejorar la calidad de vida de la población y la reducción de las brechas territoriales y poblacionales (OMS, 2010).

En reconocimiento de lo anterior, y en el marco de la integralidad del Acuerdo Final (2016), a continuación se describen las estrategias intersectoriales que se liderarán desde el sector salud, en coordinación con los demás sectores (educación, protección y justicia), dirigidas principalmente a: (i) mejorar la salud materno-infantil; (ii) garantizar el derecho a la alimentación sana, nutritiva y culturalmente apropiada; (iii) brindar atención psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas; (iv) prevenir el consumo de drogas ilícitas y mejorar la atención a los consumidores; y (v) Promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con los determinantes ambientales.

BORRADOR

6.4.1. Salud materna y salud infantil

Esta estrategia responde a la necesidad de mejorar el acceso, la oportunidad y calidad de los servicios de salud materna y salud infantil que habitan la zona rural del país. Aun cuando la razón de mortalidad materna ha disminuido de manera importante, es marcada la disparidad entre el campo y la ciudad (véase sección 2).

El Acuerdo Final (2016) señala en este sentido la necesidad de adoptar "un enfoque diferencial y de género, que tenga en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo a su ciclo vital, incluyendo medidas en materia de salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la promoción, prevención y atención en salud" (punto 1.3.2.1). Para responder a ello, se plantea entonces una estrategia con líneas de acción basadas en la evidencia, dirigidas a mejorar la aceptabilidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres (niñas, adolescentes y jóvenes).

En tal sentido, se propone el desarrollo y la implementación de las siguientes líneas de acción:

1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial: El MSPS brindará la asistencia técnica necesaria a las entidades territoriales y demás actores del sistema que lo requieran para la implementación y adaptación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención materno perinatal. Las rutas incluyen atenciones que responden a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de género, como por ejemplo, intervenciones que promueven la autonomía reproductiva, la planeación de la gestación, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, entre otras. Las rutas

[36] Para tal fin, se creó una Comisión Intersectorial de Salud Pública con la finalidad de coordinar y hacer seguimiento entre los diferentes sectores involucrados. Esta Comisión está integrada por los Ministerios de Agricultura, Trabajo, Minas, Educación, Ambiente, Vivienda, Transporte, Cultura y Salud, así mismo los departamentos Administrativos de Presidencia, Prosperidad Social y Planeación Nacional. (Ley 1438, 2011)

también incluyen la adaptación de las acciones a contextos rurales y étnicos, como la incorporación de hogares de paso para mujeres rurales, y la articulación con los agentes de la medicina tradicional.

2. Mejoramiento del acceso a los servicios de salud materna y salud infantil con enfoque diferencial: Lo anterior, por medio de (i) trabajo articulado con parteras y otros agentes comunitarios de la medicina tradicional; (ii) disposición de esquemas adecuados de transporte comunitario, adecuación intercultural de servicios y hogares de paso; y (iii) fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, por medio de un trabajo coordinado con autoridades indígenas, afrodescendientes y grupos de mujeres, jóvenes, parteras y otros, para el empoderamiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior permitirá, por ejemplo, la identificación temprana de maternas y con ello, promover el inicio de control prenatal en el primer trimestre de gestación. En este sentido, se propone la implementación y expansión de estrategias validadas y aplicadas en contextos de Ruralidad y Etnicidad como la de *Trabajando con Mujeres Individuos Familia y Comunidad* (MIFC) (OMS, 2010), respaldada por la OMS.

3. Mejoramiento de la capacidad y calidad de los servicios de salud materna y salud infantil: Para ello, se dotará a Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) de insumos y equipos básicos en salud sexual y reproductiva, de comprobada eficacia para reducir la mortalidad materna perinatal en contextos rurales, como por ejemplo, balones hemostáticos, trajes antichoque, entre otros. Así mismo, se entrenará a los profesionales y técnicos que conforman estos EMS, bajo escenarios de simulación, seguimiento a la aplicación de guías y protocolos, y otras prácticas de seguridad clínica.

4. Reducción del embarazo adolescente, desde un enfoque de derechos y de género: Para ello se implementará el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en las zonas rurales, de manera que se garantice el acceso a las intervenciones colectivas e individuales allí propuestas para los adolescentes y jóvenes, respetando las prácticas culturales de los grupos étnicos. También se buscará desde el sector salud aumentar la disponibilidad y el acceso de anticonceptivos de larga duración en los servicios de salud de las zonas rurales del país. Lo anterior, por medio de ajustes en los incentivos en la relación entre el asegurado y el prestador, políticas de control de precios para el canal institucional y para la venta al público en farmacias, entre otras medidas. De manera complementaria se promoverán acciones que afecten directamente el marco de determinantes sociales del embarazo en adolescentes. En este sentido, se buscará promover con otros sectores la transformación de normatividades culturales que inciden en los roles de género, el aumento de tasas de permanencia escolar en niñas de las zonas rurales del país, el impulso a proyectos de emprendimiento empresariales y culturales para adolescentes y jóvenes, entre otras.

BORRADOR

6.4.2. Seguridad alimentaria y nutricional

Esta estrategia busca contribuir a mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana, haciendo un mayor énfasis en la población que habita en la zona rural, en donde la prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar supera en 9,9 puntos porcentuales el dato nacional (64,1% y 54,2% respectivamente) (ENSIN, 2015). Así mismo, los resultados en salud nutricional para la zona rural, tales como anemia, retraso en talla o delgadez son menos favorables al compararlos con los datos nacionales.

En este sentido, el Acuerdo Final (2016) señala la necesidad de crear un *Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación Sana, Nutritiva y Culturalmente Apropiada*, con el propósito de erradicar el hambre, fomentar la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos de calidad nutricional en cantidad suficiente; enmarcado los siguientes enfoques: territorial, de derechos y diferencial étnico y género. Dando respuesta a lo anterior y teniendo en cuenta la Evaluación institucional y de resultados de la Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (DNP, 2015), desde la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), se llevó a cabo la reestructuración de la política relacionada, lo cual deja como resultado el proyecto de Decreto por el cual se crea el Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación, se modifica la CISAN y se dictan otras disposiciones[37].

En respuesta a lo anterior, y en el marco de las competencias del sector salud, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el desarrollo de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), los cuales comparten enfoques desde su concepción hasta la implementación y del Modelo de Salud Especial que se cree, se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Generación de capacidades territoriales para mejorar la atención en salud alimentaria y nutricional: Se buscará fortalecer a la autoridad sanitaria territorial para la implementación y adaptación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, la ruta integral de atención materno perinatal y la ruta de alteraciones nutricionales que incluye el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la desnutrición aguda para menores de 5 años, anemia por deficiencia de hierro en menores de 5 años y sobrepeso-obesidad. Para ello, el MSPS brindará la asistencia técnica necesaria a las entidades territoriales y demás actores del sistema que lo requieran.

2. Promoción de la alimentación saludable en la población rural: Se generarán y fortalecerán las capacidades en alimentación saludable, en donde se involucra la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, la alimentación complementaria, aumento en el consumo de frutas y verduras, y la disminución del consumo de alimentos procesados y ultra procesados. Lo anterior, a través de diferentes herramientas de información, educación y comunicación, tales como las Guías

[37] Actualmente está en trámite de legalización.

Alimentarias Basadas en Alimentos y reducción del consumo de nutrientes de interés en salud pública específicamente grasas, sodios y azucares, lo que permitirá, por ejemplo, mejorar la calidad de la dieta y por ende de la situación nutricional de la población que habita la zona rural del país.

Es de anotar que estas líneas de acción buscan la articulación de las intervenciones individuales y colectivas, están dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, de acuerdo con su momento de curso de vida, y se materializan en los entornos donde viven, transitan y se desarrollan.

6.4.3. Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición

BORRADOR

De acuerdo con lo definido en el Acuerdo Final (2016) frente a la rehabilitación psicosocial (punto 5.1.3.4), el MSPS ha venido liderando la construcción del *Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición*, en conjunto con la Unidad para las Víctimas, la Agencia para la Reincorporación y Normalización y el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH). En dicho instrumento, las entidades involucradas incorporaron las medidas de recuperación emocional a nivel individual a las que hace referencia el Acuerdo Final (2016), así como lo mencionado frente a los componentes colectivo y comunitario, de acuerdo con el mandato de los decretos con fuerza de ley. Así las cosas, en el marco de lo anterior, se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Desarrollo de recomendaciones para la incorporación del enfoque psicosocial en los mecanismos del Sistema Integral de Verdad Justicia Reparación y No Repetición (SIVJRNR): Se construirán y entregarán recomendaciones para la incorporación del enfoque psicosocial en cada uno de los mecanismos del Sistema, recogiendo la experiencia nacional en los procesos ya desarrollados en el marco de la Ley de Justicia y Paz, de la implementación de la Ley de Víctimas y la experiencia internacional de la cual se recogen buenas prácticas y lecciones aprendidas.

2. Fortalecimiento de la oferta de atención psicosocial y salud integral: Se gestionará el fortalecimiento de la oferta vigente, de acuerdo con las competencias propias de las Entidades, buscando ampliar la cobertura y atender las afectaciones generadas por el conflicto armado. Adicionalmente, atendiendo a la finalidad de promover la convivencia y la no repetición, se buscará fortalecer la atención psicosocial a ex combatientes, el acompañamiento psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas con atención diferenciada a mujeres y grupos étnicos, la rehabilitación psicosocial colectiva y las estrategias de salud mental, que ya vienen desarrollando las entidades competentes en la materia y que ofrecen una mirada integral a la construcción de espacios de convivencia democrática en los territorios. Para esto, el MSPS gestionará recursos para ampliar la cobertura del Programa de atención

psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI) y para poder cubrir los mayores costos que implica a llegar a zonas rurales[38].

3. Construcción e implementación de estrategias psicosociales para la convivencia, la reconciliación y la no repetición: El MSPS elaborará lineamientos técnicos para programas y proyectos de convivencia y reconciliación que faciliten las relaciones entre excombatientes de las FARC-EP u otros grupos, víctimas del conflicto armado, civiles en zonas priorizadas e integrantes de las fuerzas militares y de policía, de manera que se mitigue el riesgo de conflictos que generen nuevos hechos de violencia social o política, contribuyendo a generar garantías de no repetición.

Las líneas de acción en mención se desarrollarán de manera articulada con el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.

6.4.4. Atención integral al consumidor de drogas ilícitas

BORRADOR

El problema de consumo de drogas ilícitas es reconocido en el Acuerdo Final (2016) como un fenómeno de carácter multicausal, que requiere de una política de promoción en salud y prevención, atención integral e inclusión social, con especial énfasis en los niños, niñas y adolescentes (punto 4.2). En esta línea, el acuerdo señala la creación de programas de prevención del consumo y salud pública (ibíd.), encaminados a fortalecer las capacidades, tanto nacionales como territoriales, en el marco del sistema de protección social, y la disposición correspondiente de recursos.

En el marco de los compromisos y de las competencias del sector salud, se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Gestión de la política pública para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas desde un enfoque de derechos humanos y salud pública. Para ello se: (i) Promoverá el fortalecimiento de la arquitectura institucional para la gestión de los asuntos relacionados con la prevención del consumo, creación de instancias de alto nivel con recurso técnico y financiero que permita hacer sostenible su funcionamiento, incidencia política y legislativa, incidencia intersectorial y colegiada; (ii) Gestionarán acciones intersectoriales de política pública relacionadas con: la formulación participativa de la política pública de prevención y atención del consumo; la formulación y ejecución participativa de los planes integrales de oferta y consumo, departamentales y municipales, acompañado de un sistema de seguimiento y evaluación que evidencie los resultados de la política pública en el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

2. Mejoramiento del acceso y la calidad de servicios de atención: Para ello, se (i) Buscará fortalecer el acceso a servicios de atención, expresado en el aumento de centros de atención a las personas consumidoras en zonas rurales; (ii) Promoverá el ejercicio de

[38] Actualmente el diseño del programa es para zona urbana de alta concentración poblacional y se atienden alrededor de 120.000 víctimas del conflicto armado anualmente.

prácticas basadas en evidencia científica, (iii) Fortalecerán las capacidades de los equipos de salud, redes de usuarios, familias y comunidades; (iii) Fortalecerá la calidad de la atención sanitaria con servicios sociales que promuevan la inclusión social, disminuyendo el estigma y discriminación diferenciados por grupos poblacionales, género y etnia. Lo anterior incluye la capacitación del talento humano para que desarrollen capacidades para la atención con enfoque diferencial, así como la adecuación de los servicios para responder a las necesidades particulares de las mujeres, la población LGBTI y a los grupos étnicos.

3. Generación de conocimiento para el análisis de las situaciones y dinámicas locales de consumo de sustancias psicoactivas: Para ello, se (i) Sistematizarán los aprendizajes y buenas prácticas identificadas en el ámbito territorial en torno a la prevención del consumo, (ii) Promoverán las investigaciones centradas en las personas que contribuyan a la construcción de evidencia nacional y a la toma de decisiones para el reajuste de la política e intervenciones en promoción de la salud, prevención, atención y reducción de riesgos y daños, y (ii) Desarrollarán mecanismos de comunicación, difusión y divulgación de las acciones, investigación y evidencia generada a las comunidades científicas y la comunidad, en los ámbitos internacional y departamental.

6.4.5. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con los determinantes ambientales.

Las condiciones que determinan la calidad de vida, como la vulnerabilidad social y ambiental, presentan importantes diferencias en zonas rurales respecto a las zonas urbanas. Mientras el porcentaje de hogares con acceso a acueducto es del 97,6% en zonas urbanas (i.e. cabeceras), en las zonas rurales (i.e. centros poblados y rural disperso) la cobertura es del 62% (ECV, 2017). La brecha es incluso mayor en el caso del porcentaje de hogares con acceso a alcantarillado: 92,9% en zonas urbanas vs 24,0% en zonas rurales (Ibíd.). En este sentido, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP (2012 – 2021) hace un llamado al abordaje intersectorial de la salud ambiental, a la luz de la necesidad de intervenir los determinantes sociales y ambientales de la salud, en pro de mejorar las condiciones de vida y salud, así como la disminución de la brecha entre el campo y la ciudad.

En la misma línea, el Acuerdo Final (2016) establece el desarrollo sostenible como principio de implementación de lo acordado en el Punto 1 (Hacia un nuevo Campo Colombiano: Reforma Rural Integral), al señalar la necesidad de promover en la zona rural un desarrollo ambiental y socialmente sostenible, con particular énfasis en la protección y promoción del acceso al agua, dentro de una concepción ordenada del territorio.

En el marco de las competencias del sector salud, y con la correspondiente coordinación intersectorial en los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA), bajo esta estrategia se buscará articular esfuerzos y crear sinergias para la implementación de las siguientes líneas de acción:

BORRADOR

1. Gestión integral intersectorial de la salud ambiental: Para la intervención de los diferentes determinantes relacionados con los componentes de la salud ambiental (i.e. agua y saneamiento básico, aire y salud, gestión integral de la zoonosis, variabilidad y cambio climático, habitabilidad, seguridad química y residuos peligrosos), se promoverán ejercicios de caracterización social y ambiental con el fin de identificar los principales determinantes de la salud ambiental en cada territorio, para lo cual el MSPS brindará la asistencia técnica necesaria a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Así mismo, con base en la caracterización mencionada, se promoverán procesos de planeación, ejecución, seguimiento de los proyectos que beneficien a las comunidades rurales, en coordinación con los diferentes sectores (i.e. vivienda, ambiente, educación, minas y energía, entre otros). Para lo anterior, el MSPS y las DTS adaptarán las herramientas educativas y de planeación que hacen parte de la Estrategia de Entornos Saludables (Conpes 3550 de 2008[39]), incluyendo la adaptación de estas herramientas para el trabajo coordinado con los distintos grupos étnicos.

2. Fortalecimiento de las capacidades de vigilancia diferencial del agua utilizada para el consumo humano: Se priorizarán las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta los niveles de acceso al agua para consumo humano y la normatividad vigente en relación con la vigilancia del agua en las zonas rurales del país (véase Decreto 1898 de 2016[40]). En particular, se promoverá: (i) la implementación por parte de las entidades territoriales del protocolo para la inspección, vigilancia y el control de la calidad del agua para consumo humano en las zonas rurales (MSPS & MVCT, 2018); (ii) el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial para la implementación de la vigilancia diferencial, por parte de las comunidades, vía asistencia técnica desde el orden nacional; y (iii) la implementación de intervenciones en todos los entornos para promover (a) la vacunación antirrábica y otras enfermedades inmunoprevenibles como encefalitis equina venezonala, carbón bacteriano, leptospirosis y brucelosis bovina; (b) el control de la natalidad de perros y gatos; (c) el bienestar animal; y (d) la notificación de eventos zoonóticos de interés en salud pública

3. Desarrollo de campañas de información y educación en salud ambiental: A partir del análisis y priorización de los resultados de la caracterización en los entornos y las necesidades de la población, se promoverá que cada DTS defina intervenciones de información y educación en salud ambiental, que permitan reducir los impactos a la salud por factores de riesgo ambiental. Para ello, se deberán tener en cuenta los lineamientos de la Estrategia de Entornos Saludables (Conpes 3550 de 2008), y el MSPS brindará la asistencia técnica necesaria a las DTS.

[39] Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
[40] Por el cual se adiciona el Título 7, Capítulo 1, a la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1077 de 2015, que reglamenta parcialmente el artículo 18 de la Ley 1753 de 2015, en lo referente a esquemas diferenciales para la prestación de los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo en zonas rurales.

Las líneas de acción en mención se desarrollarán de manera articulada con el Plan Nacional de suministro de agua potable y saneamiento básico.

6.5. Diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación

Para el diseño del Sistema de monitoreo y evaluación del PNSR a nivel territorial, se tomará como base los lineamientos PASE a la Equidad en Salud (MSPS, 2016), y se buscará aplicar indicadores compuestos de eficacia, eficiencia, cumplimiento de requisitos legales y gestión administrativa y fiscal.

A nivel nacional, y con el fin de hacer seguimiento general a los avances del PNSR, se definieron indicadores trazadores, a saber:

Tabla 1. Indicadores trazadores para hacer seguimiento al PNSR

Indicador	Descripción	Periodicidad / Fuente	Línea de base (año)	Meta (año)
(i) Cobertura del aseguramiento en 170 municipios PDET	Indicador compuesto: Media aritmética de la cobertura del aseguramiento de los 170 municipios PDET (cobertura en el aseguramiento medido como la razón entre número de individuos del municipio x afiliados a una EAPB y el tamaño poblacional de ese municipio x).	Anual/BDUA (MSPS)	80% (2018)	90% (2031)
(ii) Porcentaje (%) de proyectos de inversión (infraestructura, dotación, etc…) que han iniciado ejecución	•Indicador territorial: # proyectos que han iniciado ejecución i/Total de proyectos viabilizados i (Donde i corresponde a uno de los 16 territorios PDET.) •Indicador global: promedio aritmético de los 16 indicadores territoriales.	Anual / Dirección de Prestación de Servicios y APS (MSPS)	Por definir*	100% (2031)
(iii) Porcentaje (%) de Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) conformados y funcionando	•Indicador territorial: # de EMS conformados en el territorio PDET i/Total de EMS estimados como necesarios en el PDET i (Donde i corresponde a uno de los 16 territorios PDET.) •Indicador global: promedio aritmético de los 16 indicadores territoriales.	Anual/ Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (MSPS)	Por definir*	100% (2031)
(iv) Razón de mortalidad materna a 42 días en el área rural dispersa	Número de muertes maternas - a 42 días - por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa del país	Anual / EEVV (MSPS)	80 (2016)	50 (2028)
(v) Cobertura vacunación DPT - en municipios PDET	DPT hace referencia a Disteria, Polio y Tetanos. Porcentaje (%) de niños menores de 1 año con terceras dosis.	Anual / PAI (MSPS)	87% (2017)	95% (2026)
(vi) Porcentaje (%) de nacidos vivos con cuatro o más consultas de atención prenatal en zona rural	Número de nacidos vivos, en zona rural, con cuatro o más consultas de atención prenatal, dividido entre el total de nacidos vivos durante el año bajo estudio.	EEVV - DANE (MSPS)	81% (2016)	85% (2022)

Fuente: Elaboración propia. El MSPS es responsable de hacer seguimiento a estos indicadores, siendo 2017 el año de inicio y el año fin 2031. El establecimiento de líneas base en fechas distintas obedece a la disponibilidad de información para la medición de los indicadores.
*La línea de base de estos dos indicadores se establecerá de la mano con las entidades territoriales.

BORRADOR

El MSPS será el responsable de reportar los avances de los indicadores de la **tabla 1**. Sin embargo, a la luz de las responsabilidades de las entidades territoriales en el marco del SGSSS y en la implementación de las estrategias del PNSR (sección 6), los avances en cada uno de estos indicadores, dependerá en gran medida de los municipios, departamentos y distritos.

Adicionalmente, como parte de este sistema de monitoreo y evaluación, se aplicarán los indicadores concertados dentro del Plan Marco de Implementación (PMI), resultantes del proceso de concertación con las FARC en el marco del CSIVI, y con las respectivas comunidades étnicas.

Se realizará monitoreo anual del PNSR con el fin de identificar desviaciones del proceso su implementación y tomar decisiones sobre el periodo restante, y una evaluación global al finalizar el periodo contemplado (15 años). Adicionalmente, en el ámbito territorial se establecerán acciones de control social, político e institucional, así como acciones de control mediante las instancias externas que hacen parte del Acuerdo Final (2016).

7. Responsabilidades de los agentes del sector salud

BORRADOR

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales vigentes para cada agente del SGSSS, y en particular con las contenidas en el PDSP 2012-2021, corresponde al MSPS y a los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios así como a los entes territoriales, asumir las siguientes responsabilidades frente al presente plan:

De la Nación:

i. Armonizar el PNSR con el PDSP 2012-2021, los Planes Nacionales de Desarrollo, las políticas públicas nacionales y territoriales.
ii. Promover, en el marco de sus competencias, las acciones de gestión diferencial, poblacional y territorial definidas en el presente documento.
iii. Diseñar lineamientos para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en el contexto rural disperso.
iv. Desarrollar el proceso de asistencia técnica territorial a zonas rurales del territorio nacional en los temas y acciones que implique la puesta en operación del PNSR.
v. Participar en la elaboración del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).
vi. Coordinar y alinear las acciones que desde los diferentes sectores se programen sobre la intervención a los determinantes sociales en salud.
vii. Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas dirigidas a las zonas rurales del país.
viii. Anuar esfuerzos intersectoriales para el mejoramiento de los resultados en salud en las zonas rurales del país.
ix. Realizar seguimiento, evaluación y actualización de los objetivos y las acciones del PNSR.

De los departamentos

x. Realizar, actualizar y divulgar los Análisis territoriales de la Situación de Salud (ASIS).
xi. Ajustar, articular y armonizar los Planes Territoriales de Salud con el PNSR.
xii. Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas territoriales dirigidas a las zonas rurales del país.

xiii. Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.
xiv. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los agentes del sistema.
xv. Promover la conformación de nodos y líderes comunitarios orientados en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública.
xvi. Realizar seguimiento periódico al PNSR.
xvii. Asegurar la concurrencia a los municipios de categorías 4, 5 y 6, de conformidad con la normatividad vigente para el logro de los objetivos del PNSR.
xviii. Ajustar, articular y armonizar las iniciativas de prestación de servicios en salud con el PTRRM de redes de las ESE-, el Plan Bienal de Inversión en Salud (PBIS), y el Plan Financiero Territorial.
xix. Formular y validar la propuesta de fortalecimiento de la infraestructura y dotación en salud en zonas rurales y realizar su inscripción en el PBIS.
xx. Actualizar el plan financiero de la entidad territorial conforme a los ajustes que se realicen en el PTRRM.
xxi. Revisar, ajustar y habilitar las redes integrales de prestadores de servicios de salud del departamento.
xxii. Fortalecer los equipos de promoción social para desarrollar las acciones de gestión diferencial territorial y poblacional.
xxiii. Desarrollar capacidades de gobernanza en salud de los diferentes agentes del sistema EPS, e IPS.
xxiv. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.

De los municipios

i. Realizar, actualizar y divulgar los Análisis territoriales de la Situación de Salud (ASIS).
ii. Ajustar, articular y armonizar el Plan Territorial de Salud, del periodo 2016- 2019 con el PNSR.
iii. Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas territoriales dirigidas a las zonas rurales.
iv. Definir de forma coordinada y articulada con los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios las necesidades de prestación de servicios y de capacidad instalada.
v. Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.
vi. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución trasparente y eficaz de los recursos.
vii. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los agentes del sistema.
viii. Promover la conformación de nodos y líderes comunitarios orientados en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública.
ix. Revisar el PTRRM y solicitar y sustentar ante el respectivo Departamento eventuales ajustes al mismo.

BORRADOR

x. Gestionar apoyo técnico y concurrencia del departamento para el desarrollo de las líneas estratégicas del actual PNSR.
xi. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial, contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del PNSR.
xii. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas, para la implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.

De las Entidades Promotoras en Salud –EPS-

i. Realizar la caracterización de la población afiliada.
ii. Definir los grupos de riesgo.
iii. Participar en la adopción y adaptación del PNSR en el territorio.
iv. Coordinar con el municipio y el departamento la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud.
v. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de toda la población en el territorio
vi. Diseñar y habilitar su Red Prestadora de Servicios de Salud
vii. Adoptar las Rutas Integrales de Atención en Salud.
viii. Elaborar estrategias de disminución progresiva de barreras de acceso a los servicios de salud.
ix. Desarrollar capacidades del Talento humano para responder a la situación de salud de su población.

De las Instituciones Prestadoras de Salud.

i. Participar en la adopción y adaptación del PNSR en el territorio.
ii. Participar en el proceso de implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.
iii. Articular con las Entidades Promotoras de Servicios EPS o entidades que hagan sus veces, el municipio y el departamento, la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de atención primaria en salud.
iv. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de toda la población en el territorio
v. Fortalecer la participación de los actores comunitarios en el proceso de vigilancia en salud pública de base comunitaria.

De las comunidades

i. Participar en el proceso de adopción, adaptación, seguimiento y evaluación del PNSR.
ii. Participar de los espacios orientados al fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública.

De actores intersectoriales y transectoriales

i. Articular procesos de participación en la definición, formulación, implementación y evaluación de PNSR.
ii. Definir y diseñar agendas comunes, normas conjuntas, estrategias y acciones entre los diferentes sectores para promover la salud en todas las políticas transectoriales y comunitarias.

BORRADOR

iii. Coordinar y alinear las acciones que desde los diferentes sectores se programen sobre la intervención a los determinantes sociales en salud.
iv. Monitorear y evaluar las acciones intersectoriales y transectoriales que afecten los determinantes sociales en salud.

8. Esquema de financiación del Plan

8.1. Fuentes de financiación

Sin perjuicio de la obtención de fuentes de recursos adicionales, provenientes del sector privado y de fondos externos, el PNSR será financiado según se describe a continuación:

1. Nación: Los recursos del PGN de funcionamiento e inversión para el sector Salud y Protección Social se apropian a través de distintos rubros y programas presupuestales. Para la vigencia 2018 los programas de inversión son:

i) Salud pública y prestación de servicios,
ii) Aseguramiento y administración del Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS);
iii) Inspección, vigilancia y control (IVC);
iv) Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector.

En particular, desde el MSPS se buscará reorientar los recursos apropiados, y con ello financiar y/o cofinanciar necesidades de las entidades territoriales a través de transferencias, así como también priorizar las actividades de asistencia técnica, monitoreo y evaluación contenidas en los proyectos de inversión que permitan cumplir los compromisos que se asumen en el PNSR, en el marco de sus propias competencias, actuando coordinadamente con las entidades territoriales, bajo el principio de concurrencia. Los alcaldes y gobernadores deberán presentar proyectos que les permitan hacer uso de los recursos disponibles en la Nación para mejorar la infraestructura de salud en sus regiones, priorizando las zonas rurales y apartadas.

En general, para el periodo que abarca el PNSR, la apropiación y ejecución de estos recursos estará sujeta a la disponibilidad de las fuentes de financiación de la Nación, definidas en las respectivas leyes anuales de presupuesto, las cuales deberán ser consistentes con la regla fiscal de los respectivos marcos de gasto.

2. Entidades Territoriales: Las entidades territoriales privilegiarán en su asignación de recursos, aquellos que financian las acciones e intervenciones que propendan por hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales, y que estén destinadas a la atención integral en salud (como las de promoción y prevención, las orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada -dotación e infraestructura- de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, el desarrollo del talento humano, la gestión integral del riesgo, entre otras).

Estas acciones e intervenciones serán soportadas en las fuentes regulares de recursos con que cuentan los departamentos, distritos y municipios para el sector salud: el Sistema General de Participaciones (SGP), el Sistema General de Regalías (SGR) y los recursos propios. Todo lo anterior, en armonía con las responsabilidades y competencias de los distintos agentes del sector salud contemplados en el plan.

BORRADOR

3. Obras por impuestos: La Ley 1819 de 2016, en su Artículo 238, establece que los contribuyentes de ciertas características podrán pagar hasta el 50% del impuesto de renta, mediante la destinación de dicho valor a la inversión directa en proyectos priorizados y viabilizados, en los municipios de posconflicto. Los proyectos viabilizados serán escogidos del Banco de Proyectos coordinado por la Agencia para la Renovación del Territorio (ART) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). En este sentido, se espera que esta se constituya en una fuente de financiación, que permita adelantar las inversiones en infraestructura y dotación, en el marco del PNSR.

4. Cooperación internacional: A través de proyectos con la cooperación internacional, se buscará la implementación de acciones que impulsen las estrategias planteadas en el presente plan. Desde la firma del Acuerdo Final (2016) se vienen impulsando proyectos puntuales, a saber:

i) **Proyecto "Salud para la paz" (UNFPA – OIM – OPS):** El proyecto nace de un acuerdo entre el Gobierno Nacional y el Sistema de Naciones Unidas - SNU para brindar acompañamiento para la identificación de necesidades y oportunidades en las ZVTN. El proyecto busca el desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), atención a la infancia y desnutrición en 25 municipios y 14 departamentos que comprenden los 26 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación - ETCR.

   El proyecto se desarrolla con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, la Organización Internacional para las Migraciones – OIM, la Organización Panamericana de la Salud – OPS y las entidades del Sector Salud. El presupuesto estimado del proyecto es de USD $2.831.000, de los cuales USD $2.000.000 conforman el Fondo Multidonante del SNU y USD $831.000 en contrapartida del Sector Salud.

   La ventana de duración del proyecto es de un año, hasta noviembre de 2018. Este proyecto inició su implementación en noviembre de 2017 y se encuentra en la etapa de formación y capacitación de funcionarios de las IPS de los municipios priorizados.

ii) **Proyecto salud mental para el post conflicto en Colombia (Reino de Dinamarca):** Este proyecto busca mejorar la salud mental en la población estigmatizada y de zonas de conflicto a través de intervenciones y diagnósticos basados en la evidencia. El proyecto se desarrolla con el Dignity Institute y la Universidad Externado de Colombia como socios con una duración de 3 años y un presupuesto de USD $850.000, con la posibilidad de una extensión por 3 años adicionales y una financiación adicional de USD $1.700.000. El proyecto se encuentra en la etapa de formulación del Plan de Acción.

iii) **Atención primaria en salud en zonas rurales (Reino de Noruega):** En el marco del MoU firmado en diciembre de 2017 con el Reino de Noruega, se ha establecido un Plan de Trabajo para obtener cooperación en atención primaria en salud en zonas rurales en temas puntuales como telemedicina, medicina familiar y fortalecimiento en enfermería. El MoU enmarca acciones para los próximos 5 años y los recursos se asignarán de acuerdo con cada acción específica. El proyecto se encuentra en aprobación del Plan de Acción.

BORRADOR

iv) **Encuesta sobre el bienestar y la salud en la niñez y adolescencia en Colombia (Centro de control de enfermedades – CDC, OIM, USAID).** El 22 de diciembre de 2017 el Ministerio de Salud suscribió un Memorando de Entendimiento con el Centro de Control de Enfermedades CDC y la OIM para implementar a partir de mayo de 2018 la Encuesta sobre el Bienestar y la Salud en la Niñez y Adolescencia en Colombia, un instrumento que busca aumentar la capacidad de los organismos locales, nacionales e internacionales para identificar, responder y prevenir factores de riesgo y los diferentes tipos de violencia contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes del país.

Dicha encuesta será incorporada al Sistema Nacional de Encuestas, liderado por el Ministerio de Salud y cuenta con un enfoque de posconflicto. Se realizará a nivel nacional, pero mediante muestra maestra se seleccionarán más de 250 municipios, entre los que se incluyen algunos priorizados por el posconflicto.

USAID aportó los recursos que oscilan en 1 millón 300 mil dólares. Serán ejecutados por OIM. El CDC brindará apoyo técnico. El Ministerio de Salud coordinará su diseño e implementación.

BORRADOR

8.2. Costeo

Los costos de la implementación del PNSR fluctúan debido a la dinámica de los diferentes territorios y el reconocimiento de la necesidad de acciones diferenciadas que atiendan a las particularidades de cada uno de los territorios de alta ruralidad y alta dispersión del país. Teniendo esto de presente, el **Anexo 310.3** presenta de manera general un costeo aproximado de las estrategias que aborda el presente plan, detallando los supuestos y limitaciones del ejercicio.

9. Fases de implementación propuestas

Según lo dispuesto en el Acuerdo Final (2016), el PNSR define como ejes trasversales para su implementación:

- El reconocimiento de la igualdad y protección del pluralismo de la sociedad colombiana, a través de la adopción de medidas en favor de grupos discriminados o marginados, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales.
- La participación de las autoridades territoriales y la coordinación intersectorial con los diferentes sectores de la sociedad.
- La participación de la ciudadanía en el proceso de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes y programas en los territorios, que es además una garantía de transparencia.

De acuerdo con esto, en especial con la necesidad de involucrar a la ciudadanía desde la planeación hasta la evaluación de los planes, la implementación del PNSR en el territorio se realizará a través de la siguiente ruta metodológica:

1. Diagnóstico participativo: se identificarán las necesidades de los territorios como insumos para concretar e implementar las diferentes acciones propuestas en los componentes estratégicos, a partir de la formulación de la visión de las comunidades para el mediano y largo plazo. Éste

reconocerá las características y necesidades socio-históricas, culturales, ambientales y productivas de la población y su entorno.

2. Adopción y adaptación del PNSR a nivel territorial: en atención a la autonomía territorial y las competencias en salud de los departamentos, municipios y distritos, éste plan deberá adaptarse al contexto local y armonizarse con los demás planes y programas, como instrumento de política pública para generar acciones comunes y articuladas en el territorio por parte de los diferentes agentes del sistema.
3. Alistamiento institucional: se identificarán los diferentes involucrados e insumos para la planificación del sector, se realizarán los ajustes institucionales y normativos a que haya lugar para la implementación del plan, y se definirán los compromisos y metas de cada actor para cada componente.
4. Construcción del componente operativo y de inversión: se definirán cronogramas y planes de trabajo para la implementación de las diferentes acciones de los tres componentes. Así mismo, se identificarán las fuentes de financiación para las intervenciones, los respectivos esquemas de cofinanciación nación-territorio y las reglas de operación para recursos de cooperación y responsabilidad social.
5. Implementación de las acciones concretas: se realizará de forma progresiva en todo el ámbito rural, realizando para esto un ejercicio de focalización territorial que haga especial énfasis en los territorios priorizados a través de los criterios establecidos en el punto 1.2.2 del Acuerdo Final y en el Decreto 893 de 2017, por medio de los cuales se priorizaron 170 municipios y 19 departamentos del país, agrupados en 16 subregiones.

Tabla 2. Fases de implementación del PNSR

	Ruta metodológica*	**Periodo**
Fase 1	Diagnóstico participativo	2018 - 2019
Fase 2	Adopción y adaptación del PNSR a nivel territorial	2018 - 2019
Fase 3	Alistamiento institucional	2018 - 2019
Fase 4	Construcción del componente operativo y de inversión	2018 - 2019
Fase 5	Implementación de las acciones concretas	2019-2031

Fuente: Elaboración propia

- Se priorizarán 170 municipios y 19 departamentos del país, agrupados en 16 subregiones.

BORRADOR

10. Anexos

10.1. Anexo 1. Dimensionamiento de las necesidades de prestación de servicios y capacidad instalada

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Dimensionamiento de las necesidades de prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación) para fortalecer la atención en salud en los municipios posconflicto. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Febrero, 2017.

10.2. Anexo 2. Modelo Integral de Atención Integral en Salud: Flujograma de procesos y actividades

BORRADOR

Para el proceso de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud y con base en las experiencias piloto desarrolladas en los departamentos de Guainía, Chocó, Risaralda, Boyacá, La Guajira, entre otras, se ha definido un flujograma de procesos y actividades que se adapta a cada realidad territorial. En la tabla a continuación se detalla dicho flujograma.

ITEM	Procesos y actividades Claves
1	**Gestión de Rectoría**
1.1	*Alistamiento para Implementación del Modelo de atención*
1.1.1	Aval político e institucional del Departamento: a) Inclusión de la política PAIS en el PDD y/o PTS, con sus respectivos recursos en el presupuesto oficial, b) Formalización mediante Decreto, de una Mesa Amplia Territorial para el proceso de implementación del modelo, con una composición pluralista que incluya como mínimo, representantes de: i) Gobierno y decisorio político-administrativo a nivel de cada entidad territorial ii) EAPB iii) IPS/ESE iv) Gremios de la salud v) Academia vi) Gremios de producción vii) Organizaciones sociales viii) Etnias, Organizaciones y Pueblos indígenas y ix) Medios de comunicación
1.1.2	Conformación de un equipo líder departamental. Mediante Acto Administrativo se define un equipo con dedicación exclusiva al proceso de implementación del modelo. Se adscribe al más alto nivel de la Dirección territorial de Salud y establece un plan de trabajo, incluyendo sistema de rendición de cuentas. Si existe población étnica, es recomendable incluir en este equipo una persona con perfil de manejo intercultural.
1.1.3	Capacitación sobre conceptos, metodología y herramientas sobre dos ejes temáticos: a) Lineamientos de la PAIS; y b) Gestión del cambio Esta capacitación se realiza para: i)Todos los funcionarios del sector salud de la entidad territorial, incluyendo EAPB, IPS/ ESE, Secretarias de Salud municipales o quien haga sus veces ii) Gobernador y su concejo de gobierno

ITEM	Procesos y actividades Claves
	iii) Consejo Territorial de seguridad Social en Salud iv) COTSA v) Asambleas departamentales vi) Concejos distritales/ municipales viii) Asociaciones/ Ligas de Usuarios ix) Sector educativo formador de talento humano en salud y demás instituciones educativas presentes en la entidad territorial x) Pueblos y Organizaciones indígenas y étnicas presentes en la entidad Territorial xi) Medios de comunicación xii) Organizaciones no gubernamentales y demás organizaciones sociales y religiosas
1.1.4	Análisis de la situación de salud: se socializan los resultados del ASIS territorial más reciente a todos los grupos anotados en el numeral 1.1.3. Se debe procurar caracterizar: i) Situación socio - demográfica del departamento Territorialización), ii) Generalidades departamento/ Distrito: área geográfica, municipios, actividades económicas, NBI, pobreza, iii) Características sociodemográficas: - Población por edad, sexo. - Tendencias poblacionales: fecundidad, crecimiento, migración, desplazamiento. - Grupos étnicos, su localización, organización y necesidades. - Población desplazada y sus necesidades. - Organización social y política. - Participación comunitaria. - Aspectos culturales: aproximación a las construcciones sobre la salud y la enfermedad; curso de vida, la muerte, entre otros; iv) Análisis del territorio: Movilidad de las personas, estado vías, transporte, v) Análisis de determinantes de salud: población, condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, condiciones relacionadas con factores psicológicos y culturales, sistema sanitario: prácticas médicas ancestrales y alternativas; otros indicadores; vi) Mortalidad y Morbilidad; vii) Definición de Prioridades en salud; viii) Identificación de brechas y puntos de encuentro.
1,1,5	Identificación de contextos poblacionales con enfoque diferencial en la ET. Se realiza la Tipificación de municipios y su agrupación para la territorialización del modelo, acorde con sus características de población y territorio.
1,1,6	Cuantificación de recursos disponibles: identificación de fuentes, usos y volúmenes de recursos financieros del sector salud, de otros sectores con influencia en los determinantes de la salud y del sistema de protección social, a nivel territorial (Departamento/Distrito) y municipal.
1,1,7	Definición de la (s) zona (s) de la Entidad Territorial en las cuales se iniciará la implementación del MIAS.
1,1,8	Cuantificación de costos de implementación y operación del modelo a nivel municipal: i) Identificación de necesidades de talento humano para la implementación, operación y mantenimiento del MIAS, fundamentalmente en lo referido a EMS, ii) infraestructura física, iii) Tecnología biomédica (POCT), iv) Medicamentos e insumos básicos, v) TIC; vii) Gastos Generales, viii) Gastos Administrativos, ix) Referencia de pacientes. Se debe abordar por lo menos, los ítems básicos para garantizar el acceso efectivo y con capacidades de resolutividad en los servicios de salud, primordialmente en el componente primario y sus interrelaciones con el componente complementario, desarrollando y adaptando tecnologías apropiadas en cada región.

BORRADOR

ITEM	Procesos y actividades Claves
1,1,9	Cuantificación de costos de implementación del modelo a nivel departamental: i) Identificación de necesidades de talento humano para la implementación, operación y mantenimiento del MIAS, fundamentalmente en lo referido a EMS, ii) infraestructura física, iii) Tecnología biomédica (POCT), iv) Medicamentos e insumos básicos, v) TIC; vii) Gastos Generales, viii) Gastos Administrativos, ix) Referencia de pacientes. Se debe abordar todos los ítems requeridos para garantizar el acceso efectivo y con capacidades de resolutividad en los servicios de salud, tanto en el componente primario, como también en el componente complementario, incluyendo aquellos que no se encuentran disponibles en la respectiva entidad territorial.
1,10	Análisis de implicaciones legales a tener en cuenta para la implementación del modelo.
1,1,11	Propuesta de Modelo de Atención, alcances y plan de implementación.
1,1,12	Alistamiento del RHS para la implementación del Modelo de Atención de la ET.
1,1,13	Definición de un cronograma de trabajo
1,1,14	Evaluación y ajustes del Modelo de Atención
2	**Fortalecimiento Institucional**
	Análisis de las capacidades institucionales de la entidad territorial para la implementación del MIAS. Identificación de brechas.
2,1	Reorganización Funcional. Concertación de la estructura óptima para la Dirección Territorial de Salud
2,2	Elaboración del direccionamiento estratégico para la estructura concertada
2,3	Gestión del Talento Humano necesario para la implementación y operación del MIAS
2,4	Gestión de Sistemas de Información
2,5	Gestión Financiera: i) Revisión/Conformación Fondo Territorial de Salud ii) Revisión/Implementación Cuentas Maestras iii) Revisión/adecuación Plan Financiero Territorial
2,6	Capacitación en formulación, viabilizarían de proyectos de inversión y ubicación de fuentes de financiación (sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, Regalías, etc.)
2,7	Fortalecimiento de la Gestión Territorial – Inspección, Vigilancia y Control
2,8	Rediseño e implementación del Sistema de Gestión de Calidad
3	**Gestión de la Salud Publica y Promoción y Prevención**
3,1	Análisis Situacional de Salud - ASIS. Análisis situación gestión del riesgo primario: i) Principales causas de morbilidad y mortalidad por grupo etario y por Servicios (consulta externa, hospitalización y urgencias) ii) Número y causa de referencias y a donde se realizan. iii) Número de contra-referencias iv) Aseguramiento: situación por régimen y aseguradora v) Análisis del riesgo en salud vi) Generalidades de arreglos institucionales del aseguramiento
3.2	Gestión de compromisos del Plan Decenal de Salud Pública – Plan Territorial de Salud
3.3	Funcionamiento de los CTSSS, como órgano de apoyo a la Comisión intersectorial de Salud Pública
3.4	Asistencia técnica para la implementación del Plan de salud pública de Intervenciones Colectivas

BORRADOR

ITEM	Procesos y actividades Claves
3.5	Capacitación y seguimiento a la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS, priorizadas
3.6	Implementación de los planes de emergencia para la atención integral en salud de problemas de salud pública, urgentes.
3.7	Elaboración e implementación de un plan de desarrollo de capacidades del talento humano e instituciones para el desarrollo de estrategias de Salud Pública.
3.8	Gestión intersectorial para intervenir en determinantes de la salud. (Agua potable y Saneamiento básico, entre otros)
4	**Gestión del Riesgo y Aseguramiento en salud**
4.1	Definición de Modelo de Aseguramiento. (¿Única EPS departamento?, ¿Modelo Zona dispersa?, ¿Única EPS por Región?).
4.2	Acompañamiento técnico para la definición de prioridades para la atención de grupos de riesgo
4.3	Caracterización de los grupos de riesgo en la ET.
4.4	Adaptar la Ruta de Atención Integral en Salud (RIAS) para grupos de Riesgo
4.5	Alternativas de contratación y formas de pago entre los actores. Concertación/renegociación
4.6	Implementación del planes de emergencia para la atención integral en salud de otros problemas de salud urgentes
5	**Gestión de Prestación de Servicios**
5.1	Análisis de la Oferta de Servicios a nivel Territorial. Caracterización e identificación de capacidades y necesidades: i) Niveles de atención, ii) Comunicación de la red de servicios, iii) Transporte entre los niveles, iv) Sistema de referencia y contra referencia, v) Componentes de la red, vi) Prestadores de salud existentes con su localización, vii)Mecanismos de contratación y pago prevalentes entre IPS y EAPB, viii) Generalidades del Sistema de información y de comunicación entre las IPS y de estas con las EAPB, ix) Análisis de talento humano existente, incluyendo médicos tradicionales y médicos alternativos; x) Infraestructura y tecnologías médicas, xi) Sistema de información, xii) sistemas de Incentivos al THS, xiii) Investigación, innovación y apropiación del conocimiento.
5.2	Ajustes básicos requeridos en la organización y prestación de servicios
5.3	Conformación de Prestadores primarios y Equipos Multidisciplinarios de Salud- EMS.
5.4	Fortalecimiento de las competencias de profesionales en los prestadores complementarios, según prioridades
5.5	Gestión para la preparación de profesionales en Medicina Familiar y comunitaria, y en Salud Familiar y Comunitaria
5.6	Formulación de Planes Integrales de cuidado primario, en las zonas priorizadas
5.7	Organización de las Redes Integradas de prestación de servicios de salud. (Públicos, privados, mixtos) por regiones, con fortalecimiento del componente primario
5.8	Definición de acciones en casos específicos de ESE críticas y alternativas de operación.

BORRADOR

10.3. Anexo 3. Costeo del Plan Nacional de Salud Rural

La estimación de los costos de PNSR se llevó a cabo teniendo en cuenta los compromisos adquiridos y consignados en el Plan Marco de Implementación (PMI), así como las metas trazadas a las que se ha hecho mención en el presente documento. El presente anexo detalla los costos de Plan por componentes. El ejercicio buscó, en lo posible, adoptar la metodología general ajustada (MGA) del Departamento Nacional de Planeación (DNP), la cual asocia los productos del PMI con el catálogo de proyectos de inversión del DNP.

Cada componente está enlazado con alguno de los indicadores del PNSR (i.e. indicador trazador de mediano plazo o indicador del PMI), detalla el área del MSPS responsable de la estimación, la línea de base y meta del indicador, el costo estimado (precios 2016) y la potencial fuente de recursos para el cumplimiento de la meta. Los supuestos utilizados en cada uno de los ejercicios de estimación son también explicados para cada componente.

De manera global, se estima que la implementación del PNSR costará entre 2018 y 2031 alrededor **de $5.6 billones** de pesos (COP).

BORRADOR

Tabla 3. Costo global del PNSR, 2018-2031

Punto del Acuerdo Final (2016)	Código del producto	Acción	Costo ($ millones de pesos, COP 2016) 2018-2031
Punto 1			**4.097.398**
1	PNSR	Talento Humano en Salud EMS	**303.476**
1	A34	Infraestructura hospitalaria de nivel 1 construida y dotada (PDET)	**1.042.516**
1	A37P	Recursos adicionales no cubiertos con PGN y SGP para la construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud (PDET)	**2.751.403**
Punto 4			**87.455**
4	D.436	Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia para la generación de conocimiento en materia de consumo de drogas ilícitas	**2.210**

4	D.291	Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas	**2.572**
4	D.292	Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas	**1.979**
4	D.462	Atención por consumo de sustancias ilícitas, desagregado por hombres y mujeres	**72.111**
4	D.294	Poner en marcha el proceso participativo para la revisión y ajuste de la política frente al consumo de drogas ilícitas	**672**
4	D.295	Planes de acción departamentales que incluyen acciones frente a la prevención del consumo, con enfoque de género	**4.717**
4	D.435	Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo de drogas ilícitas	**3.194**
Punto 5			**1.449.514**
5	E.317	Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición	**1.449.514**
TOTAL IMPLEMENTACIÓN PNSR			**5.634.367**

Fuente: Elaboración propia.

BORRADOR

i. ***Aseguramiento en salud***

El costo de asegurar la población que se encuentra por fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los municipios PDET se estima en aproximadamente 326.000 personas (Fuente: BDUA octubre de 2016 y GEIH 2017)[41], hace parte del modelo de sostenibilidad financiera del sector en donde el cierre del financiamiento de la cobertura universal corresponde a los recursos del PGN que se requieran de manera progresiva y estos se irán incorporando en la solicitud de recursos de funcionamiento que en el contexto de dicho modelo se realice al MHCP, por lo tanto, las acciones de cobertura están más encaminadas a procesos de gestión que a gasto adicional. Dado lo anterior, no es posible estimar el costo de esta estrategia del PNSR.

[41] Se actualizarán los cálculos de cobertura del aseguramiento en todo el país con base en el Censo 2018

ii. Talento Humano en Salud con las competencias requeridas

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo * ($ millones, precios 2016)	Fuente
Porcentaje (%) de Equipos Multidisciplinarios en Salud (EMS) en funcionamiento	(A36) Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local (A36P) Porcentaje de IPS con personal calificado, con permanencia y adecuado a la oferta local en municipios PDET	Insumos del producto servicio de salud	Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud - MSPS	0	100% (2031)	$ 303.476	PGN

BORRADOR

Cabe mencionar que los EMS de este componente no hacen referencia a nuevos agentes del sistema o de los servicios de salud. Se presenta como una propuesta de organización funcional del talento humano de los prestadores de servicios para atender adecuada e integralmente los requerimientos de las rutas integrales de atención en salud (RIAS). En otras palabras, se espera que los EMS se organicen a partir del talento humano que está disponible en las instituciones y en los servicios de salud. De esta manera, su costo será asumido con recursos del sistema en su conjunto, como se hace actualmente (i.e. recursos que vía aseguramiento llegan a las EAPB, quienes contratan la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las actividades del PIC). La conformación de los EMS avanzará con el desarrollo de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (i.e. Resolución 1441 de 2016 y los lineamientos técnicos).

La conformación de los EMS será el resultado de un ejercicio de planificación, que deberá considerar entre otros: i) características demográficas y epidemiológicas de la población a atender; ii) características geográficas del territorio; iii) disponibilidad y organización de los servicios de salud en el territorio; iv) rutas de atención y servicios contratados por los aseguradores y el número y composición de profesionales, técnicos, auxiliares y especialistas de los EMS estará en función de los aspectos mencionados, así como de la cantidad de población asignada a cada equipo.

Para el desarrollo del ejercicio de estimación del talento humano en salud se adoptaron los siguientes supuestos:

* El costo se estimó para lo que denominamos un "equipo nuclear", para el periodo 2019 – 2031, con un avance progresivo en su conformación (crecimiento lineal desde 2019 hasta cumplir la meta en 2031), a precios de 2016.

* En el costo se incluye el Ingreso Base de Cotización (IBC) y una carga prestacional y parafiscales del 52% sobre el IBC.
* Este "equipo nuclear" de referencia, supone solo una persona para cada perfil (un médico, un profesional en enfermería, un odontólogo, un auxiliar en enfermería, un auxiliar en salud oral y un gestor comunitario). Según lo expuesto, este equipo tendrá una capacidad de atención diferente en cada contexto territorial y poblacional (en áreas dispersas atenderá menos familias o personas, que en el área rural que es más poblada) y, además, sus costos variarán de acuerdo con el tipo de vinculación, salarios, incentivos y demás aspectos laborales o contractuales, que son distintos para cada prestador, incluso en un mismo territorio.

iii. <u>Centros y puestos de salud con capacidad resolutiva, articulados en redes integrales de prestación de servicios de salud.</u>

BORRADOR

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo * ($ millones, precios 2016)	Fuente
Porcentaje (%) de centros de salud construidos y dotados (incluido telemedicina)	(A.34) Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en territorios definidos en el respectivo plan	Infraestructura hospitalaria de nivel 1 y 2 construida y dotada (incluido telemedicina)	Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud - MSPS	Por definir	Por definir	$ 1.042.516	*PGN *Regalías *Recursos propios * Obras por impuestos
	(A34P) Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET						
	(A35) Sedes habilitadas con servicio de telemedicina ubicadas en territorios definidos en el respectivo plan						
	(A35P) Sedes habilitadas con servicio de telemedicina ubicadas en municipios PDET						

* Este costo es el resultado del diagnóstico realizado por la Dirección De Prestación de Servicios a las iniciativas presentadas de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria por las ET en sus planes bienales con corte a mayo de 2018 para los municipios PDET, en el mismo

ejercicio se calculó el costo de estas iniciativas en los 226 municipios rurales y rurales dispersos identificados en el PNSR por un total de $ 1.442.139 (incluye el costo de los PDET).

iv. Brigadas de atención básica en salud

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo * ($ millones, precios 2016)	Fuente**
Porcentaje (%) de territorios afectados por cultivos de uso ilícito con brigadas de salud realizadas a solicitud	(D. 276) Porcentaje de territorios afectados por cultivos de uso ilícito con brigadas de salud realizadas a solicitud	Servicio de atención en salud pública de baja complejidad	Dirección de Promoción y Prevención - MSPS	Por definir	Por definir	Costo promedio por brigada $12	*PGN *SGP *Recursos de las ESE

Para el desarrollo del ejercicio de estimación de las brigadas de atención básica en salud se adoptaron los siguientes supuestos:

* Las brigadas básicas que se han ofertado en un ejercicio específico con cooperación internacional para los ETCR con servicios de ginecología, pediatría, odontología, medicina general, enfermería, vacunación tienen un costo promedio de $12.000.000 pesos (COP).
** Las ESE participaran brindando los insumos necesarios para el desarrollo de estas brigadas.

v. Atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas (SPA)

a. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia para la generación de conocimiento en materia de consumo de drogas ilícitas

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado*	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo ($ millones, precios 2016)	Fuente
Documento con censo de servicios de tratamiento frente al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, elaborado	(D. 291) Acto administrativo de creación del Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas expedido	Documentos de investigación	Dirección de Promoción y Prevención - MSPS	1	5 (2020)	$ 2.210	PGN

* Este producto y el Estudio Nacional de Consumo se desarrollarán con base al que elaborará el Ministerio de Justicia.

BORRADOR

b. Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable*	Línea base 2017	Meta	Costo ($ millones, precios 2016)	Fuente
Acto administrativo de creación del Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas expedido	(D. 291) Acto administrativo de creación del Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas expedido	Servicio de gestión del riesgo para la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y sustancias psicoactivas	Dirección de Promoción y Prevención - MSPS	0	1 (2020)	$ 2.572	PGN

* Es necesario definir la arquitectura institucional para la operación del sistema

c. Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas

Indicador	Indicadores PMI	Productos MGA asociados	Responsable*	Línea base 2017	Meta	Costo ($ millones, precios 2016)	Fuente
Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas creado y en funcionamiento	(D. 292) Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas creado y en funcionamiento	Servicio de gestión del riesgo para la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y sustancias psicoactivas	Dirección de Promoción y Prevención - MSPS	0	1 (2019)	$ 1.979	PGN
		Documentos de planeación					

* Es necesario definir la arquitectura institucional para la operación del programa así como los lineamientos para la operación del sistema

BORRADOR

d. Atención por consumo de sustancias ilícitas, desagregado por hombres y mujeres

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo ($ millones, precios 2016)	Fuente
Porcentaje de personas que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilícitas	(D. 462) Porcentaje de personas que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilícitas	Servicio de gestión del riesgo para la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y sustancias psicoactivas	Dirección de Promoción y Prevención - MSPS	1.6%	10% (2022)	$ 72.111	* PGN

Su costo será asumido con recursos del sistema en su conjunto, como se hace actualmente (i.e. recursos que vía aseguramiento llegan a las EAPB, quienes contratan la prestación de servicios de salud).

e. Poner en marcha el proceso participativo para la revisión y ajuste de la política frente al consumo de drogas ilícitas

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable*	Línea base 2017	Meta	Costo ($ millones, precios 2016)	Fuente
Documento de Política frente al consumo de drogas ilícitas actualizada, con participación de la comunidad	(D. 294) Documento de Política frente al consumo de drogas ilícitas actualizada, con participación de la comunidad	Documentos de planeación	Dirección de Promoción y Prevención - MSPS	0	1 (2018)	$ 672	PGN

BORRADOR

f. Planes de acción departamentales que incluyen acciones frente a la prevención del consumo, con enfoque de género

Indicador*	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo ($ millones, precios 2016)	Fuente
Porcentaje de departamentos acompañados en la formulación y ejecución plena de planes departamentales para la promoción de la salud, prevención, atención del consumo de sustancias psicoactivas	(D. 295) Porcentaje de departamentos acompañados en la formulación y ejecución plena de planes departamentales para la promoción de la salud, prevención, atención del consumo de sustancias psicoactivas	Servicios de asistencia técnica	Dirección de Promoción y Prevención - MSPS	32%	96% (2031)	$ 4.717	PGN

* De acuerdo a la formulación de los planes de desarrollo departamentales se espera que cada 4 años se genere el ajuste a los documentos.

g. D.435 Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo de drogas ilícitas

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable*	Línea base 2017	Meta	Costo ($ millones, precios 2016)	Fuente
Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo, diseñado y en funcionamiento	(D. 435) Sistema de seguimiento de las acciones territoriales que se adelantan en el tema de consumo, diseñado y en funcionamiento	Servicio de Información sobre plan territorial de salud	Promoción social	0	1 (2023)	$ 3.194	PGN

* Interface entre las herramientas de seguimiento del Ministerio de Justicia y los sistemas del sector salud.

BORRADOR

vi. Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo * ($ millones, precios 2016)	Fuente
Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición, implementado	(E.317) Plan Nacional de Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición, implementado	Servicios de formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial	Promoción Social	0%	100% (2031)	$ 1.449.514	PGN

El Plan Nacional de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición tendrá su propio lineamiento técnico y operativo en donde se describe su alcance y mantendrá coherencia con el presupuesto aquí señalado.

* El valor del Plan Nacional de rehabilitación involucra el costo requerido para el sector salud:

- Los cotos de la línea 2 del Plan Nacional de Rehabilitación están asociados al fortalecimiento del PAPSIVI, el costeo señalado ($1.35 billones) mantiene coherencia con lo reportado al MHCP. Este costo incluye lograr las metas de atención psicosocial del CONPES 3726 de 2012 y ampliar la cobertura a zonas rurales y/o apartadas, lo anterior en la vigencia de la Ley 1448 de 2011 y la jurisprudencia vigente.
- Los costos de la Línea 3 están asociados a estrategias psicosociales comunitarias que ascienden a alrededor de 96 mil millones para el periodo de implementación del acuerdo, su implementación será intersectorial.

vii. Estrategias de priorización en salud pública para el postconflicto

Indicador	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo ($millones)	Fuente
Razón de mortalidad materna a 42 días en el área rural dispersa: Número de muertes maternas - a 42 días - por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa del país	MSPS	80 (año 2016)	50 (año 2026)	No es posible definir el costo para este indicador por componerse de distintos productos y acciones	Por definir
Cobertura vacunación DPT - en municipios PDET	Dirección de Promoción y Prevención - MSPS	86,9 (año 2017)	95,0 (año 2026)*	No es posible definir el costo debido a variables exógenas como el tipo de cambio y la variación de los precios en las vacunas.	• PGN • SGP
Porcentaje (%) de nacidos vivos con cuatro o más consultas de atención prenatal en zona rural	MSPS	81% (2016)	85% (2022)	Por definir	Por definir

BORRADOR

viii. Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de población y territorios

Indicador	Indicadores PMI	Producto MGA asociado	Responsable	Línea base 2017	Meta	Costo * ($ millones, precios 2016)	Fuente
Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de población y territorios	(A.37) Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas (A387) Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales (A37P) Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas (A387P) Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales (A.G.11) Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales dispersas (A.G.12) Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales	Servicios de formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial	Viceministerio de Salud Pública - MSPS	0 departamentos	19 departamentos (2031)	$ 2,75 billones	* Cooperación internacional * SGR * Esfuerzo propio

BORRADOR

Con respecto a establecer un costo del modelo se precisa lo siguiente:

l No es posible estimar un costo total porque:

- Varios de sus componentes ya fueron estimados por separado y sumarlos implicaría una doble contabilidad, como por ejemplo el talento humano y la infraestructura
- La implementación de varios de los componentes del modelo dependen de otros actores del Sistema como las ET, las EPS y las IPS por lo que asumir unos costos sobre sus responsabilidades no es posible
- Dependiendo de las particularidades de cada ET, tanto los componentes del modelo como sus alcances y estrategias de implementación, deberán ajustarse, lo que hace imposible estimar un costo estándar a nivel nacional

2. El costo del modelo está financiado en una gran proporción por recursos del SGP y del PGN

* Sin embargo, existen actividades adicionales a las comúnmente realizadas por las EAPB, requeridas para implementar el modelo en las zonas rurales y rurales dispersas, que se deben llevar a cabo en los territorios. Con los recursos actualmente disponibles del PGN y del SGP no es posible financiar estos temas adicionales, que se estiman en un costo aproximado para los 15 años del PNSR de 2,75 billones en los 170 municipios PDET (19 departamentos), lo que implica por lo tanto gestionar otras fuentes de recursos (cooperación internacional, regalías y esfuerzo propio), tanto a nivel nacional como territorial.

BORRADOR

Bibliografía

Acuerdo Final. (2016). *Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera.* Bogotá, Colombia.

Bertone, M., Samai, M., Edem-Hotah, J., & Witter. (2014). A window of opportunity for reform in post-conflict settings? The case of Human Resources for Health policies in Sierra Leone, 2002–2012. *Conflict and Health*, 8(1), 11. Obtenido de http://doi.org/10.1186/1752-1505-8-11

CNC. (2016). *Zoom CNC Opinión Pública".* Recuperado el 18 de enero de 2018, de https://docs.wixstatic.com/ugd/c967c2_e5a2bb969e0b4384a91fb9c835500a71.pdf

DANE. (2013). *Medición de Economía del Cuidado, Boletín de Prensa ENUT.* Obtenido de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ENUT/pres_ENUT_2012_2013.pdf

Decreto 1953. (2014). *Decreto por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas* . Bogotá. D.C. : Ministerio del Interior.

Decreto 893. (2017). *Por medio del cual se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET.* República de Colombia, Bogotá D.C.

DNP. (2014). *Bases del Plan Nacional de Desarrollo Nacional 2014-2018 "Todos por un Nuevo País".* Bogotá D.C.

DNP. Misión para la Transformación del Campo (2014) *"Definición de Categorías de Ruralidad".* Bogotá D.C.

DNP. (octubre de 2015). *Evaluación institucional y de resultados de la Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional. Informe de resultados y evaluación (producto 4).* Obtenido de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/138_InformeFinal.pdf

ENSIN. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion-lanzamiento-ensin-2015.pdf

Family Care International, Inc. (2003). *La atención calificada durante el parto recomendaciones para políticas.* Family Care International. Obtenido de http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf

Haar, R. J., & Rubenstein, L. S. (2012). Health in postconflict and fragile states. *US Institute of Peace*.

Hemily, D. (2010). *Creating opportunities from crisis: Exploring the potential for Post-Conflict Health Care Systems.* Lambert Academic Publishing.

BORRADOR

Hosseinpoor, A., Bergen, N., Koller, T., Prasad, A., & Schlotheuber, A. (2014). Equity-Oriented Monitoring in te context of universal health coverage. *PLoS Med, 9*(11). doi:10.1371/journal.pmed.1001727

INS. (2017). Morbilidad y mortalidad en los municipios de las Zonas veredales transitorias de normalización y Puntos transitorios de normalización. Colombia, 2008-2015. *Boletín Técnico Interactivo* .

Kruk, M. E., Freedman, L. L., Anglin, G. A., & Waldman, R. J. (2010). Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Social Science & Medicine*, 70(1),89-97.

Ley 1438. (2011). *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.* República de Colombia, Bogotá D.C.: Congreso de Colombia.

Ley 1448. (2011). *Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.* Bogotá, D.C. : Congreso de la República de Colombia.

Ley 1751. (2015). *Ley Estatutaria en salud. Ley por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.* . República de Colombia, Bogotá. D.C. : 16 de febrero de 2015.

MSPS & COLCIENCIAS. (2016). *Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia.* Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas, Bogotá, D.C. .

MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.* Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

MSPS. (2014). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2014.* Colombia: Ministerio de Salud y protección Social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf

MSPS. (Octubre de 2016). *Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, EAPB. Dirección de Epidemiología y Demografía.* Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Guia_caracterizacion_EAPB%20version%2021072014.pdf

MSPS. (20 de enero de 2016). *Lineamientos metodológicos, técnicos. Estrategia Pase a la Equidad en Salud. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021.* Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/EPALES_Metodologico.pdf

MSPS. (Enero de 2016). *Política de Atención Integral en Salud. Un sistema de salud al servicio de la gente.* Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social:

BORRADOR

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

MSPS. (28 de diciembre de 2017). *Los 10 grandes avances de la salud en 2016 y 2017.* Recuperado el 18 de enero de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-10-grandes-avances-de-la-salud-en-2016-y-2017.aspx

MSPS&COLCIENCIAS. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental.* Ministerio de Salud y Protección Social & COLCIENCIAS . Bogotá, D.C.: Javegraf. Obtenido de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

Ocampo, J. A. (2014). *Misión para la transformación del campo: Marco conceptual de la Misión para la Transformación del Campo.* Departamento Nacional de Planeación -DNP, Bogotá.

OMS. (2009). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 29 de 07 de 2014, de Reducir la mortalidad de los recién nacidos.: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/

OMS. (22 de mayo de 2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud.* . Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1

OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1

OMS. (2010). *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal.* Obtenido de Organización Mundial de la Salud, Departamento Reducir los Riesgos del Embarazo: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/es/

OMS. (Enero de 2015). *Enfermedades cardiovasculares.* Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/

OMS. (2016). *Estrategia Mundial Recursos Humanos Para la Salud: Personal Sanitario 2030* . 69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 25 de mayo de 2016.

OMS. (2017). *Documento normativo sobre bajo peso al nacer.* Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OPS. (2016). *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud , con especial énfasis en países de ingresos.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

OPS. (2016). *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud , con especial énfasis en países de ingresos.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Ordoñez, C. C., Manzano-Nunez, R., & Naranjo, M. P. (2018). Casualties of peace: an analysis of casualties admitted to the intensive care unit during the negotiation of the comprehensive Colombian process of peace. *World Journal of Emergency Surgery*, 13(1), 2. Obtenido de http://doi.org/10.1186/s13017-017-0161-2

BORRADOR

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cobertura sanitaria universal*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud , con especial énfasis en países de ingresos.* Washington, D.C.

Páez, G. N., Franco, C., & Jaramillo, L. F. (2014). *Estudio sobre la Geografía Sanitaria de Colombia: Zonificación para Políticas Públicas en Salud.* Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20la%20geograf%C3%ADa%20sanitaria%20de%20Colombia.pdf

PNUD. (2015). *Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano.* Obtenido de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-_es.pdf

Resolución 0429 . (2016). *Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud* . Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección Social .

Resolución 1441. (2016). *Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones* . Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección Social .

Resolución 2514 . (29 de agosto de 2012). *Por la cual se reglamentan los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud* . Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2514-de-2012.PDF

Resolución 3202 . (2016). *Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS.* Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección Social .

Rodríguez Leal, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan, 13*(3), 433-447. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130042011

Ruiz y Zapata. (2016). *Análisis con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2013. en la Política de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social [biblioteca digital]* . Bogotá D.C.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad.* Barcelona: Ediciones.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation, 22*(3), 429-445. Obtenido de https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

WHO. (1997). *Health as a Bridge for Peace: Report on the First World Health Organization Consultative Meeting*. Recuperado el 17 de enero de 2017, de World Health Organization: http://www.who.int/hac/techguidance/hbp/strategies_/en/

BORRADOR

Zapata Jaramillo, T., Sánchez, D. P., & Ruiz Gómez, F. (2012). *Medición de inequidades en salud para Colombia. Población rural - urbana.* Bogotá.

BORRADOR