Así Vamos en Salud®

Desafíos del Sector Salud en Colombia

SOCIOS

Fundación Antonio Restrepo Barco
Fundación Bolívar Davivienda
Fundación Corona
Fundación Éxito
Fundación Saldarriaga Concha
Fundación Sanitas
Fundación Santa Fe de Bogotá
Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
Johnson & Johnson Colombia
Profamilia
Roche
Sura EPS
Coosalud EPS
Universidad El Bosque

OBSERVATORIO ASÍ VAMOS EN SALUD

COMITÉ DIRECTIVO

Fundación Antonio Restrepo Barco
Mónica Varona - Directora de Cooperación

Fundación Bolivar Davivienda
Alberto Amaya - Gerente Médico

Fundación Corona
Mónica Villegas - Gerente de Proyectos

Fundación Éxito
Paula Escobar - Directora

Fundación Saldarriaga Concha
Soraya Montoya - Directora Ejecutiva

Fundación Sanitas
Camila Ronderos - Directora Ejecutiva

Fundación Santa Fe de Bogotá
Darío Londoño - Director Eje de Salud Pública

Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
José Ignacio Zapata - Director General

Johnson & Johnson Colombia
Maria Helena Castillo - Goverment Affairs Manager

Profamilia
Martha Royo - Directora Ejecutiva

Roche
Janeth Duque - Gerente de Proyectos Estratégicos

Sura EPS
Gabriel Mesa - Gerente General

Coosalud EPS
Jaime González - Presidente Ejecutivo

Universidad El Bosque
Hugo Cárdenas - Decano Facultad de Medicina

COMITÉ TÉCNICO

Fundación Antonio Restrepo Barco
Mónica Varona - Directora de Cooperación

Fundación Bolivar Davivienda
Alberto Amaya - Gerente Médico

Fundación Corona
Esteban Pelaez - Coordinador de Proyectos

Fundación Éxito
Manuela Dumit - Analista de Inversión Social

Fundación Saldarriaga Concha
Lina González - Líder Vida Saludable

Fundación Sanitas
Maria Ximena Díaz - Coordinadora de Gestión

Fundación Santafé de Bogotá
Elizabeth Borrero - Jefe Departamento Epidemiología Eje de Salud Pública

Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt
Martha Oyuela - Directora de Desarrollo Institucional

Johnson & Johnson Colombia
Maria Helena Castillo - Goverment Affairs Manager

Profamilia
Juan Carlos Rivillas - Director de Investigaciones

Roche
Oscar Forero - Médico Ejecutivo Política Pública

Coosalud EPS
Enrique Mazenett - Director de Epidemiología

Universidad El Bosque
Luis Alejandro Gómez - Director Maestría Salud Pública

EQUIPO DE TRABAJO

Augusto Galán Sarmiento
Director

Bibiana Pineda Restrepo
Coordinadora de Gestión de Información

Marlon Fernando Tejedor Bonilla
Coordinador de Políticas Públicas

María Fernanda Avellaneda Choachi
Coordinadora de Comunicaciones

Juan Sebastián Flórez Cevallos
Analista de Comunicaciones

Ingrid Rivera Rubio
Analista Administrativa

Juan Sebastián Ibañez Hernandez
Auxiliar Administrativo

Contenido

	Página
Presentación	
- Contexto del sector salud en Colombia	5
1. Alianza por la sostenibilidad del sector salud en Colombia	9
- Eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema de salud	10
- Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	14
- Talento humano en salud	18
2. Salud Rural	23
- Salud Sexual y Reproductiva	25
- Salud Mental	31
- Situación Nutricional	35
- Agua y Saneamiento Básico	43
3. Descentralización en Salud	52
4. Anexo 1	57
- Alimentación durante los primeros 1.000 días	58

Así Vamos en Salud®

Presentación

Contexto del sector salud en Colombia

Según la evaluación del sistema de salud colombiano realizada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en el año 2015[1], dentro de sus logros más relevantes se destaca el progreso hacía la cobertura universal de la seguridad social en salud, puesto que, en el año 1993 en el cual se promulga la Ley 100, la cobertura era de 23,5% del total de la población. Para el año 2017, de acuerdo con los cálculos del **Observatorio Así Vamos en Salud**, el 94.41% de la población colombiana cuenta con aseguramiento en salud, y además tiene acceso al mismo Plan de Beneficios en Salud, independientemente de su vinculación al sistema.

Asimismo, el informe de la OCDE (2015) resalta los logros en equidad, puesto que la afiliación incrementó rápidamente en los quintiles más pobres de la población (4,3% en 1993 a 89,3% en 2013) y en las áreas rurales (6,6% en 1993 a 92,6% en 2013).

Frente a la protección financiera, este mismo informe destaca que el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud es uno de los más bajos de la región con menos del 15%, teniendo en cuenta que, en 1993 según lo señala Barón (2007), este gasto representaba el 43.7%[2].

Todo lo anterior se ve reflejado en la reducción de las necesidades insatisfechas en salud, en particular en las poblaciones rurales y de bajos ingresos, lo que demuestra la naturaleza progresiva de las reformas en salud implementadas. De hecho, Ocampo (2015)[3] destaca que acceso a los servicios sociales ha tenido el mayor impacto en la mejoría de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas y pobreza multidimensional. Este autor señala que el avance más rápido en salud se da gracias al acceso al aseguramiento en salud. Esta es una de las variables del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) que presenta una mayor variación positiva. Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, en 1997 el 62.3% de los hogares no tenía aseguramiento en salud. Para el 2014, esta cifra disminuye a 12.2% (Ocampo, 2015).

A pesar de estos logros aún persisten brechas en la disponibilidad y en el acceso a los servicios de salud y del talento humano en las regiones. Es de destacar las deficiencias en la contratación del talento humano, así como los sistemas de pago ineficientes que están más centrados en el reconocimiento de las actividades y no tanto en los resultados en salud. También persisten serias deficiencias en la calidad tanto de los servicios como de la infraestructura en salud, lo que repercute en el desempeño del sector.

Tal y como lo señala el informe de la OCDE (2015), el modelo previsto de competencia regulada entre pagadores no se ha visto materializado de manera convincente en la práctica, resultando en pocos o nulos incentivos para mejorar la calidad en la atención en salud.

1. En: OECD (2015), Reviews of Health Systems: Colombia 2016, OECD Publishing, Paris. Disponible en: https://bit.ly/2q5JPVM
2. En: Barón, G.(2007). Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. Rev. Salud Pública 9(2):167-179.
3. En: Ocampo, J.A (comp.) (2015). Historia económica de Colombia. 4ª Edición. Bogotá, D.C. Fondo de Cultura Económica.

Entonces, una meta debería ser la de asegurar la prestación de los servicios de salud de una forma más eficiente y efectiva, entendiendo además las necesidades en salud de la población y que estén orientados además hacía el mejoramiento de la calidad con resultados en salud.

Además, la naturaleza público-privada y descentralizada del sistema de salud colombiano hace que su administración y coordinación sea una tarea compleja en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). En ese sentido, se espera que esta entidad tenga un papel mucho más activo en la coordinación de las instituciones encargadas de las inversiones en materia de talento humano y de mejoramiento de la infraestructura, para así alcanzar altos estándares de eficiencia.



Liderazgo y gobernanza del sector salud

El principal reto para preservar y fortalecer el liderazgo y la gobernanza del Sistema de Salud se encuentra en mantener y acrecentar las capacidades técnicas de las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional. Los avances que se han dado durante los últimos ocho años requieren sostenerse e incrementarse.

El Ministerio de Salud, el Invima, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud, la ADRES, al igual que el IETS, deben consolidar un servicio civil de alto perfil profesional y técnico que fortalezca el liderazgo sobre la conducción del sistema, que permita una alta calidad en la regulación, module adecuadamente el financiamiento, garantice el aseguramiento, armonice la provisión de servicios, asegure la inspección, vigilancia y control pertinentes, y satisfaga las funciones esenciales de salud pública.

Los agentes del sector deben establecer un pacto social y político mediante el cual se asegure que se preservará y defenderá el carácter técnico de las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional (MSPS, ADRES, INVIMA, INS, Supersalud, Secretarías de Salud). De esta manera, los avatares del ejercicio tradicional de la política colombiana deben estar alejados, lo más posible, de ese proceso de consolidación institucional que requiere el sector.

Paralelo a lo anterior, se hace necesario revisar la Ley 715, en especial en sus aspectos relativos a las competencias de las entidades territoriales; de tal forma que, de las funciones emanadas desde las dimensiones en las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, se redefina cuáles de ellas se descongestionan, se desconcentran y se descentralizan, y a qué nivel territorial se asignan. Se requiere una mayor armonía entre el nivel nacional, departamental y municipal, para la operación más satisfactoria de la descentralización y para el fortalecimiento de las capacidades institucionales a nivel territorial.

Adicional a esto, el sector salud requiere mejores estructuras de gobierno de sus entidades y mayor prevención de los riesgos derivados de su operación. Las mejores prácticas de gobierno corporativo deben ser incorporadas tanto en las entidades que hacen parte de la Autoridad

Sanitaria Nacional, como en las correspondientes a nivel territorial, así como en las EPS e IPS para un mejor cumplimiento de las funciones que les han sido delegadas a cumplir. Se debe potenciar la cultura de mejoramiento continuo y de excelencia operacional en beneficio del avance de la acreditación de IPS y EPS en el país.

Con ello, el sector podría solucionar tres de sus mayores retos: los excesivos costos de operación que se derivan de ineficiencias de procesos y/o actividades redundantes; el mayor volumen de requerimientos de normas y procedimientos sobre temas fiscales, comerciales y de servicio; y la exposición a riesgos e incertidumbres que las entidades no están en condiciones de identificar y mucho menos de medir para mitigar.

El trabajo debe ser continuo sobre la definición y redefinición del contrato social en salud, que permita, legítimamente, contar con un plan de beneficios que cumpla con el mandato constitucional de cubrir a todos los ciudadanos, de manera equitativa y en forma sostenible. El gasto en salud más injusto e ineficiente en una sociedad es el que privilegia los derechos particulares sobre los colectivos.

Es esencial que se recupere y se fortalezca la confianza y los puentes de entendimiento entre los agentes del sistema. Esta labor no es menor y debe propender por una mejor comprensión sobre los roles y sobre la complementariedad que debe existir entre ellos. Debe tener un mayor compromiso para trabajar por solucionar los retos fundamentales de gestión que existen con el modelo que opera en la actualidad. A partir de la Instancia de Coordinación y Asesoría del Ministerio de Salud y Protección Social, se requiere incrementar la participación ciudadana y de los diferentes agentes del sector en las deliberaciones sobre temas que les incumbe y donde sus criterios deben ser consultados y escuchados, en particular en el proceso de priorización de nuevas tecnologías en salud.

Por último y no menos importante en este punto, es clave fortalecer la acción estratégica de la mesa trans-sectorial de salud, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud a nivel nacional y replicada en las entidades territoriales departamentales y municipales.



Rendición de cuentas de los agentes del sector

La transparencia y la participación ciudadana son indispensables para legitimar el sistema de salud en Colombia. En este orden de ideas el mejoramiento continuo del sistema de información del sector es esencial. Este último no puede estar ajeno a la transformación digital que existe hoy en el mundo. Fortalecer el sistema de información, implica acrecentar la calidad en la obtención de los datos en la fuente primaria de la atención y prestación del servicio, pasa por la celeridad con la que se transfieran los mismos y concluye con la oportunidad mediante la cual se analicen y se haga pública la información. Mejor información y más pública conducen a una mayor transparencia.

La debilidad de legitimidad que existe en el sector salud es consecuencia en gran medida

de la carencia de información oportuna. Se precisa construir indicadores que permitan evidenciar la transparencia de los procesos del sistema de salud y del quehacer de sus agentes en toda la cadena de valor. El sector salud requiere de un barómetro de transparencia.

Adicional a ello, se hace necesario fortalecer el ranking de EPS en su continuidad y nivel de desagregación territorial e incluso en un diferencial entre lo urbano y lo rural. Unido al requerimiento de consolidar el ranking de IPS. Lo uno y lo otro, deberá brindar la información necesaria para que la población adopte decisiones más informadas frente a la escogencia del asegurador y para las EPS en la construcción de la red de servicios ofertada a los usuarios.

Paralelo a lo anterior, se hace necesario estimular las iniciativas de comunicación transparente y directa entre las entidades de la Autoridad Sanitaria Nacional, las EPS, las IPS y los usuarios, con el propósito de que estos reconozcan bien sus derechos y deberes frente a su salud, frente al sistema, y de esta manera éste último se legitime. Esto, unido al establecimiento de procesos de rendición de cuentas y de transparencia en las relaciones comerciales entre los aseguradores, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud.

La sociedad civil debe avanzar hacia una mayor organización, con veedurías, observatorios y centros de pensamiento, que se encuentren mejor formados y capacitados para ejercer unas tareas con objetividad y una alta interlocución. Su participación en los procesos de priorización de nuevas tecnologías en salud, así como en aquellos de rendición de cuentas los diferentes actores es esencial.

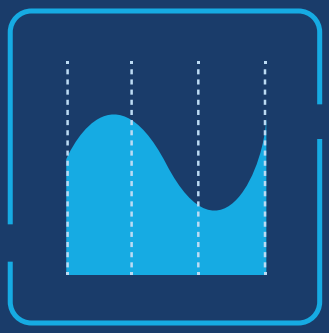
En tal sentido, y en concordancia, entre otros, con los hallazgos del informe de la OCDE, el **Observatorio Así Vamos en Salud** identifica tres áreas de trabajo en relación con los retos que enfrenta el sistema de salud colombiano y sobre los que se presentan algunas recomendaciones de política pública para avanzar hacia la sostenibilidad del mismo.

Estas tres áreas son:

1. Sostenibilidad del Sector Salud
    a. Eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema de salud
    b. Modelo Integral de Atención en Salud
    c. Talento humano en salud
2. Salud Rural
    a. Salud Sexual y Reproductiva
    b. Salud Mental
    c. Situación Nutricional
    d. Agua y Saneamiento Básico
3. Descentralización



1



Alianza por la sostenibilidad del sector salud en Colombia

1 Eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema de salud

La sostenibilidad financiera puede definirse como el equilibrio o la relación armónica que se presenta entre los recursos del sistema y el gasto necesario para atender las necesidades o la utilización de servicios de salud, considerando su evolución a lo largo del tiempo. Es así como el análisis de la sostenibilidad financiera parte de considerar que los recursos disponibles por el sistema sean suficientes para cubrir a la población y garantizar la prestación de servicios, por lo cual la diferencia entre los ingresos y los gastos del sistema debería ser nula en el largo plazo.

A medida que el sistema de salud avanza en cobertura poblacional, las personas demandan mayor acceso efectivo a los servicios con calidad en la atención. Hay que tener en cuenta que el aumento en la esperanza de vida, la transición demográfica, la expansión de la sobrevivencia y la suma de las enfermedades crónicas, son avances sociales que generan presión en el sistema de salud.

Este incremento en la demanda de servicios, y la interacción entre oferta y demanda de servicios de salud genera mayor presión fiscal y solicita del sistema innovación en la consecución de recursos, a la par que mejorar el rendimiento y productividad del personal.

Sin embargo, el factor principal que aumenta el gasto en salud son las nuevas tecnologías que ingresan al país. Este mercado funciona a la inversa de las demás tecnologías en otros sistemas de bienes y servicios, pues a medida que ellas mejoran, su costo es más elevado y su disponibilidad es difícil de masificar, generando costos crecientes para el sistema de salud. De igual forma, no parece haberse instaurado un proceso eficaz de análisis costo – beneficio de nuevas tecnologías para permitir su inclusión en el Plan de Beneficios, y que además esté acorde con las prioridades en salud, que prevalezca su ingreso de acuerdo a los resultados en salud que el país requiere alcanzar.

De esta forma se concluye que la sostenibilidad depende de la interacción de cinco factores que incrementan el gasto en salud, como son, ***la transición demográfica, los cambios tecnológicos, el incremento en la utilización de servicios de salud, el aumento en las expectativas en salud y la legitimidad del sistema.*** Estos cinco factores son los que principalmente hacen presión en el sistema de salud colombiano afectando su sostenibilidad financiera y sobre los que se presentan las siguientes alternativas de solución.



Transición Demográfica

1 Se requiere establecer una Política Nacional de Cuidado, Cuidadores y Redes de Apoyo, con fuentes de financiación propia que cubran, entre otros, los servicios sociales complementarios a la salud.

2 Mejorar el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (la prima de financiamiento anual que el Sistema de Salud paga por cada afiliado), teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, así como las necesidades de las entidades territoriales, de acuerdo con las diferencias por zonas urbanas, rurales y rurales con poblaciones dispersas, de conformidad con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), y de otras variables adicionales que permitan un mejor cálculo de esta prima.

3 En un plan de medidas de transparencia del gasto en salud, de las cuentas y transacciones entre los agentes del sistema, se requiere depurar las bases de datos del Sistema de Identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (SISBEN), así como de otras bases de datos de personas con subsidios, contrastando esa información con la información financiera de los ciudadanos. Determinando así con mayor precisión las personas que realmente deben ser beneficiarias del régimen subsidiado de salud.

4 El avance en la implementación de políticas públicas de envejecimiento y vejez en las entidades territoriales debe ser sostenido en el tiempo, con enfoque de cuidado de la salud a lo largo de la vida y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

5 Se debe insistir en que las entidades territoriales fortalezcan la implementación de estas políticas con mayor asignación presupuestal, proveniente de recursos propios o de su gestión.

6 Establecer mediante incentivos financieros y no financieros, un enfoque estratégico en la planeación de la infraestructura pública y privada de los servicios de salud que responda a las necesidades del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Cambios Tecnológicos

1 Es necesario avanzar en la reglamentación de la evaluación de tecnologías en salud, (acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC) teniendo en cuenta que, a la luz de la Ley Estatutaria de Salud, las exclusiones se deben determinar con criterios presupuestales y de costo-efectividad incremental, definidos mediante un proceso institucional robusto, transparente y colectivo.

2 Se debe garantizar que cada nueva tecnología en salud que pretenda entrar al país sea evaluada y ajustada a precios definidos, con base en su capacidad de mejora de la salud de las personas.

Sistema de atención y utilización de servicios en salud



1 Impulsar modalidades de contratación y pago de servicios de salud que respondan al reconocimiento de la calidad y de los resultados en salud en todos los niveles de atención, con especial énfasis en los servicios esenciales o primarios.

2 Se requiere fortalecer la asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social a las entidades territoriales para avanzar en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

3 Crear incentivos financieros y no financieros para la excelencia operativa de EPS, IPS, Clínicas, Hospitales y Secretarías de salud, con la que se permita mejorar los resultados y la calidad en salud.

4 Establecer incentivos financieros y no financieros que premien el autocuidado de la salud.

Expectativas en salud



1 Toda persona debe aportar al Sistema de Salud independientemente de la condición laboral y de acuerdo a sus ingresos. Para ello, hay que establecer los controles que se requieran.

2 Se recomienda implementar de manera gradual y sostenida los recursos provenientes de la reforma tributaria de 2016, efectivos a partir del período gravable de 2017, los cuales son considerados nuevas fuentes de financiación para el sistema.

3 La operación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES, debe mejorar el flujo de recursos desde el nivel central a los demás actores del sistema.

4 La ADRES necesita avanzar en su fortalecimiento institucional para convertirse en la tesorería del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5 El Gobierno nacional debe hacer mayores esfuerzos para incrementar la formalización laboral, con el fin de erradicar la evasión y la elusión al sistema de salud.

6 Se requiere fortalecer procesos de rendición de cuentas y de transparencia en las relaciones comerciales entre los aseguradores, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud. Cada plan de salud debe asumir la totalidad del costo de sus prestaciones.

7 Con base en el principio de solidaridad y preservando la protección financiera, la cofinanciación del sistema debe aumentar el gasto privado acorde con los ingresos económicos de cada ciudadano y a expensas del cruce de bases de datos financieros de los afiliados.

8 Se debe incentivar la creación de seguros voluntarios en salud, que formalicen e incrementen el gasto privado hasta llevarlo a un nivel de 30% del gasto total en salud. Este ajuste debe tomarse en cuenta en la discusión de la revisión de copagos.

9 Se debe hacer un análisis a profundidad de gasto de bolsillo en Colombia, con el fin de desarrollar políticas públicas de gastos complementarios como micro seguros por grupos de riesgo, con miras a reducir la carga financiera del sistema.

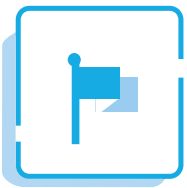
10 El Ministerio de Salud y Protección Social debe priorizar el ajuste del proyecto de resolución de copagos de servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

11 Se requiere incrementar los recursos del sector salud originados en fuentes fiscales con base al cumplimiento de normas establecidas. Es necesario que por parte del Ministerio de Salud y Protección Social se ejerza el debido seguimiento sobre los compromisos de giro oportuno por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de modo que no haya lugar a acumulación de deudas entre los dos ministerios por este concepto.

12 De igual forma, es necesario incrementar los recursos del sistema vía impuestos generales orientados a aumentar la bolsa común destinada al cuidado de la salud. Estos recursos adicionales deberían provenir del impuesto a los azúcares refinados, la denominada comida "chatarra" y sustancias de consumo masivo que impactan negativamente la salud de la población, como el alcohol y el tabaco, sin que con ello se excluyan otras posibles fuentes.

13 La Ley debe definir el porcentaje específico de aportes del presupuesto general de la nación que asigna anualmente para la salud.

Legitimidad del sistema



1 Establecer un pacto social y político mediante el cual se asegure que se preservará y defenderá el carácter técnico de las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, ADRES, INVIMA, Instituto Nacional de Salud, Supersalud, Secretarías de Salud).

2 A partir de la Instancia de Coordinación y Asesoría del Ministerio de Salud y Protección Social, se requiere incrementar la participación ciudadana y de los diferentes agentes del sector en las deliberaciones sobre temas que les incumbe y donde sus criterios deben ser tenidos en cuenta, en particular en el proceso de priorización de nuevas tecnologías en salud.

3 Fortalecer la participación ciudadana, en especial en lo relacionado con la rendición de cuentas y el control social.

4 Estimular las iniciativas de comunicación transparente y directa entre las entidades de la Autoridad Sanitaria Nacional, las EPS, las IPS y los usuarios, con el propósito de que estos reconozcan sus derechos y deberes frente a su salud y al sistema y, de esta manera este último se legitime.

5 Se propone que se realice un acto público del Estado y de los agentes del sector que reconozca la deuda en salud y que resuelva el lastre de lo no POS y los compromisos financieros entre los diferentes agentes del sistema, como también hacer compromisos de no repetir la deuda.

2 Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

Con el propósito de orientar el sistema de salud hacia un enfoque más centrado en el usuario, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló la Política Integral de Atención en Salud -PAIS-[4]. Esta política se despliega a partir del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS-, que busca integrar tanto las acciones de atención individual, incluida la gestión del riesgo en salud con las acciones de salud pública e intersectoriales, incluyendo la participación comunitaria.

Esta política de atención requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población. El instrumento que acoge las estrategias y las transforma en procesos, se consolida como el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-.

El propósito del MIAS es por tanto lograr la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios. Lo cual implica generar articulaciones entre los agentes sectoriales e intersectoriales, las normas y los procedimientos del sistema, adaptándolos a las necesidades particulares en el marco de las diferencias de los territorios.

Aunque parece haber consenso entre los agentes del sistema de salud frente a la importancia de desarrollar el MIAS, no existe claridad frente a su implementación en los territorios, tomando en cuenta la diversidad geográfica, demográfica, epidemiológica y técnica de las entidades territoriales del país. Aunque el Ministerio de Salud generó las herramientas políticas para avanzar en este sentido, los territorios, las EPS e IPS no tienen la suficiente claridad frente a la implementación de este modelo.

En ese sentido, el **Observatorio Así Vamos en Salud** presenta las siguientes propuestas centradas en cuatro procesos que se consideran estructurales para la construcción del MIAS en cada territorio, a saber: ***el establecimiento de redes integradas de servicios de salud, la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la implementación de la gestión integral del riesgo de salud y la redefinición del rol del asegurador, de los sistemas de incentivos y de procesos del sistema de información***.



4. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud. Bogotá D.C., enero de 2016
5. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., enero de 2016

Establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud

1 La operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)[5], debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios: allí integran sus acciones los agentes del sistema y es donde se garantiza la prestación del servicio en el marco de las redes de atención.

2 Cada Red debe consolidarse para una población y un entorno territorial de referencia. Su conformación debe sustentarse en los resultados del Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio y la caracterización de las aseguradoras, atendiendo a las prioridades del Plan Territorial de Salud.

3 El Ministerio de Salud y Protección Social debe definir los estándares y criterios de habilitación de las redes.

4 Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) deben consolidar cohortes de seguimiento a los grupos de riesgo de forma articulada con la entidad territorial, para incentivar la capacidad resolutiva del prestador primario.

5 Avanzar en la articulación en red de organizaciones público-privadas con sólidos gobiernos corporativos, que:

a. Ofrezcan servicios de salud con calidad técnica y resolutiva por parte de sus recursos humanos.

b. Cuenten con la infraestructura necesaria.

c. Tengan la solidez financiera requerida para garantizar la atención integral de los usuarios de sus servicios.

6 Se recomienda que las redes tengan un gobierno único con participación social, acción intersectorial y abordaje desde los determinantes sociales.

7 Los procesos contractuales entre aseguradores e instituciones prestadoras de servicios de salud deben adelantarse con la mayor trasparencia y buscando el beneficio de sus usuarios y no los económicos particulares. El enfoque preventivo del modelo aportará mayores eficiencias económicas cuando se garantice el acceso, la atención oportuna, continua, integral y resolutiva de las personas.

8 Establecer procesos administrativos y financieros claros y estandarizados desde el inicio de la relación entre las entidades. La definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos comunes desde la prestación del servicio, facturación y cobros de cartera, garantiza la atención de calidad y un adecuado flujo de recursos entre los actores.

9 La configuración de las redes debe responder a los requerimientos de la demanda de los territorios y no a los intereses de los agentes del sistema.

10 Las entidades departamentales y distritales de salud deben cumplir con su función rectora de las redes.

11 Se recomienda que el Ministerio de Salud y Protección Social aclare los términos del documento MIAS -que pueden estar sujetos a interpretaciones- porque no son claros o no definen prioridades.

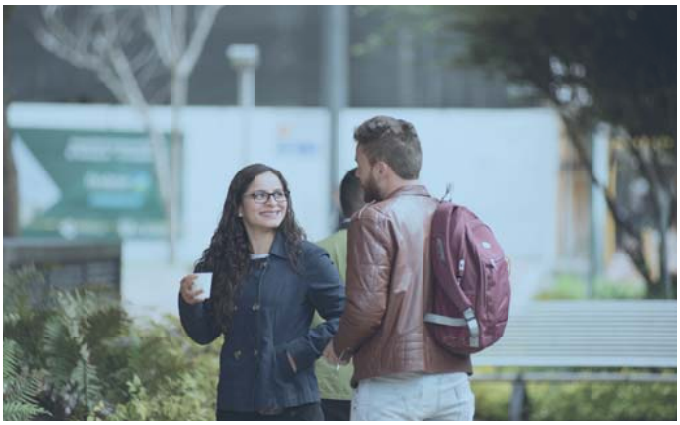
Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

1 El conjunto de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Planes de Beneficio (PB) y Guías de Práctica Clínica (GPC) deben articularse para cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población.

2 Se recomienda que el Ministerio de Salud y Protección Social fortalezca la entrega de la línea técnica para llevar al territorio las rutas integrales de atención y así se agilice la entrega de las RIAS faltantes.

3 Es necesario actualizar las Guías de Práctica Clínica -GPC- disponibles con la evidencia médica más reciente y sincronizarlas con las Rutas Integrales de Atención; su adaptación facilitará la implementación por parte del equipo de salud.

4 Se recomienda el diseño de GPC y RIAS diferenciales para territorios, donde por condiciones geográficas o poblacionales amerite atención especial, como los territorios de predominancia étnica y alta ruralidad.



Implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud

1 Eliminar las brechas institucionales para lograr la articulación entre la triada: EAPB, Entidad Territorial y Prestador Primario, y vincular al individuo y a la comunidad en la autogestión del riesgo en salud.

2 El proceso de articulación debe ser guiado por la Secretaría de Salud territorial. Además, ésta última es la que debe ejecutar la gestión colectiva del riesgo a través del PIC, trabajando conjuntamente de forma intersectorial con las demás dependencias territoriales y con el Plan de Beneficios de las EAPB para así complementar las intervenciones colectivas.

3 La ejecución de las acciones de gestión del riesgo individual que están a cargo de las EAPB's debe asegurarse:

a. Modificando las formas de contratación de las EAPB's con los prestadores primarios.

b. Garantizando el pago por resultados.

c. Avanzando en la creación de cohortes de grupos de riesgo y en la implementación de las acciones de los programas de salud pública.

d. Monitoreando cautelosamente los beneficios esperados del pago por resultados o mejor conocido "pago por rendimiento", - en la literatura científica se exponen alcances mixtos de esta herramienta.

4 El prestador primario debe estar dispuesto a generar relaciones de confianza y modificar los modelos de contratación con las EAPB's para garantizar la capacidad resolutiva y la correcta administración de los riesgos en el nivel primario.

5 El prestador primario debe asumir la contra referencia de los pacientes cuando estos fluyen a través de la red. Se debe garantizar el cumplimiento de los hitos de las Rutas Integrales de Atención en Salud y la implementación de las Guías de Práctica Clínica.

6 Dentro de las experiencias de implementación del MIAS analizadas, se identificó que a las poblaciones que cuentan con un único asegurador y prestador se les facilita la tarea de hacer una mejor gestión del riesgo.

7 Se requiere de una instancia rectora a nivel regional o departamental que logre potencializar el diálogo entre los actores del sistema.

Redefinición del rol del asegurador, de los sistemas de incentivos y de procesos del sistema de información

1 Garantizar la capacidad técnica del asegurador para la gestión del riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás agentes del sistema, y, así conformar y organizar la red de prestadores de servicios de salud en el ámbito territorial.

2 Las redes integradas son habilitadas por la entidad territorial departamental o distrital; cada EAPB se debe habilitar en departamentos por contigüidad (operación regional).

3 Regular el aseguramiento hacia las condiciones requeridas para la aplicación del MIAS.

4 Regular los requerimientos mínimos para la gestión del riesgo en salud de los afiliados, la territorialización del aseguramiento, su habilitación técnica y la implantación de mecanismos de pago agregados.

5 Regular el 5% para acciones de promoción y prevención que se paga en la unidad de pago por capitación UPC contributiva, pero sobre los cuales no hay lineamientos ni mecanismos para rendición de cuentas.

6 El Ministerio de Salud y Protección Social debe orientar el desarrollo o adopción de los nuevos mecanismos de pago requeridos y definir los resultados esperados en los tramos de las rutas que el prestador primario debe garantizar.

7 Contar con sistemas de información que garanticen la nominalidad de la identificación de las personas y así permitir el seguimiento, y evaluación de las intervenciones individuales y colectivas para lograr la gestión del riesgo.

8 Los sistemas de información deben lograr la debida operación entre los agentes del sistema, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social debe hacer una propuesta nacional de sistemas de información y no dejarlo a la voluntad de las IPS's, EAPB's o entidad territorial (ET).

3 Talento Humano en Salud

El talento humano en salud es un aspecto del desarrollo del sector, al cual no se le ha prestado suficiente atención en los últimos 25 años. La autonomía universitaria y el preponderante papel que ha tenido el Ministerio de Educación Nacional, han contribuido a que este aspecto central de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, enmarcado dentro de la armonización de la provisión de servicios, no haya tenido el liderazgo que se requiere por parte del Ministerio.

Durante los últimos años ha habido una mejoría en relación a la recolección de una base de datos que permita cuantificar y clasificar el talento humano con que cuenta el sector. Pero la tarea debe ir mucho más allá por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Este último debe participar más activamente en las definiciones que aseguren el desarrollo del recurso humano y la formación en salud pública pertinentes para las necesidades del país en general y del sistema de salud en particular, a la par de definir necesidades de la oferta requerida, localización de la misma e incentivos de diversa índole para armonizar el mercado laboral del sector. Dentro de las deficiencias en la capacidad instalada del sistema de salud a lo largo del territorio nacional, una de gran relevancia es la relacionada con la disponibilidad de talento humano en salud, en particular en la ruralidad colombiana, donde habitan 14 millones de compatriotas.

Aunque el incremento de facultades de salud en Colombia ha sido notorio en los últimos 20 años, aún existe un déficit de equipos de profesionales de la salud para atender las necesidades de la población y para soportar el modelo de salud propuesto desde el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta situación se agudiza gracias a la concentración de profesionales de la salud en las grandes zonas urbanas del país.

Además, al interior del sector salud confluyen diferentes mercados: los prestadores, los aseguradores o los educativos, los que determinan particularidades y necesidades en la formación profesional; sin embargo, no existe articulación normativa entre ellos y la formación que realizan las universidades.

Así mismo, el desempleo y las deficientes condiciones laborales afectan el desarrollo profesional del talento humano en salud. Es así como la falta de incentivos genera, además de la concentración del recurso humano en zonas urbanas ya mencionada, afectaciones en la calidad y en la oportunidad de la atención que ofrecen y entregan los profesionales.

Desde el **Observatorio Así Vamos en Salud** se presentan las propuestas en relación a los siguientes aspectos: ***formación y mercado laboral del talento humano en salud***, dirigido a los agentes del sector educativo, laboral y de salud.



Formación del talento humano en salud

1 Diseñar un nivel mínimo de capacidades de ingreso para los aspirantes a cursar carreras del área de la salud e implementar estrategias de nivelación que les permita competir entre ellos al ingreso a la universidad.

2 Se recomienda continuar en el camino de la formación de los profesionales de la salud con enfoque de competencias, sin embargo, esta metodología debe considerar las particularidades de cada territorio.

3 El modelo de formación por competencias debe fortalecer la flexibilidad curricular e involucrar la formación interprofesional.

4 La formación por competencias requiere establecer escenarios que favorezcan la trazabilidad del proceso de formación; la evaluación del proceso es fundamental. Esta evaluación debe aplicarse con una periodicidad establecida y definida para todo el territorio nacional.

5 Fortalecer los exámenes Saber PRO para acercarse a la medición de las competencias; lograr preguntas suficientemente estructuradas para garantizar las trasferencias de los conocimientos de los estudiantes al examen.

6 A nivel curricular se debe favorecer la integración entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Lo anterior con el fin de promover el desarrollo de competencias entre los estudiantes que les permitan: a) abordar a los pacientes considerando los determinantes sociales de salud, y b) conocer el manejo de la economía de la salud dentro del sistema.

7 El currículo de los profesionales de la salud debe trabajar en el fortalecimiento de las habilidades clínicas en ámbitos extramurales.

8 Los currículos deben analizar la salud global y localmente, y asociar a esta dinámica las estrategias de administración, gerencia y gestión basada en el cuidado de la salud y de la vida.

9 Es necesaria la preparación para la prevención y atención de desastres con abordaje intersectorial.

10 La formación de los profesionales de la salud debe incorporar el conocimiento y habilidades necesarias para abordar desastres comunitarios complejos o situaciones de conflicto extremo y desplazamientos masivos.

11 Se deben generar incentivos para la mejor distribución de los programas de formación en salud en Colombia. Cada territorio debe generar incentivos para motivar la permanencia o retorno del recurso humano; dichos incentivos no necesariamente están relacionados con lo monetario, sino, con las opciones de formación posterior, la disponibilidad de recursos para ejercer y de tecnologías de la información TICS, entre otros.

12 Trabajo conjunto con el Ministerio de Educación Nacional para propiciar apertura de programas en pequeñas ciudades.

13 Promover políticas en conjunto: Ministerio de Educación Nacional, Colciencias, ICFES, que contribuyan a crear la necesidad y hacer indispensable acreditarse en Alta Calidad.

14 Desde los programas acreditados, generar estrategias de acompañamiento a programas que inician procesos de alta calidad.

15 Establecer controles más estrictos por parte del el Ministerio de Educación Nacional para otorgar los registros calificados, de manera que se garantice la calidad de los programas que se ofertan.

16 Proponer a CONACES un perfil de par académico que garantice la experiencia docente y administrativa necesaria para la comprensión de los procesos al interior de los programas.

17 Las asociaciones de facultades de las diferentes profesiones del área de la salud deben ejercer acciones de rectoría en torno a la homogenización y divulgación de las competencias ya pactadas con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional.

18 Implementar el año de prestación de servicio social obligatorio o año rural en todas las profesiones del área de la salud.

19 Todos los currículos deben fortalecerse en la comprensión de paradigmas de cuidado y la investigación en salud, tendientes a preparar a los profesionales para la atención de la cronicidad.

20 El desarrollo de la investigación debe fortalecer la triangulación de métodos de investigación cualitativa y cuantitativa, asimismo, debe avanzar hacia estudios centrados en la experiencia de salud de las personas.

21 La formación de los profesionales de la salud debe fortalecer las competencias para promover la salud, prevenir la enfermedad o sus complicaciones y abordar el problema del cuidado crónico, según los planteamientos de la OMS.

22 La política en salud y su aplicación en el ámbito internacional debe ser parte de la formación de todos los currículos.



Formación de profesionales de la salud para el MIAS

1 Se debe priorizar la creación de nuevos programas de posgrado de medicina familiar, con una distribución homogénea a nivel nacional. Ante las necesidades actuales para la implementación del MIAS, se deben flexibilizar y estimular programas académicos que aceleren la formación de internistas en esta disciplina.

2 La forma de organización de la provisión de servicios de salud en el marco del MIAS condiciona el ajuste curricular de los programas de formación de profesionales de la salud, por lo anterior, las instituciones de educación superior deben incluir cambios curriculares progresivos, con el propósito que la formación de profesionales de la salud responda a la implementación del modelo, en los distintos contextos de atención.

3 El Ministerio de Educación Nacional, que otorga los registros calificados, y con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social debe incluir en sus procesos de evaluación estrategias de innovación o articulación con el MIAS, que puedan ser ejecutadas por cada universidad.

4 Se debe fortalecer el esfuerzo de regulación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional para ordenar las relaciones interinstitucionales entre los prestadores de servicios de salud y las universidades.

5 En el campo preventivo es indispensable implementar programas para la prevención de consumo de drogas y alcohol, detección oportuna de problemas familiares, acoso escolar y otros factores de riesgo, bajo los principios que rigen el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

6 Las entidades territoriales deben generar programas de becas para formación de recursos humanos en salud según sus necesidades.

Formación Posgradual

1 Se deben diseñar estrategias que faciliten la escogencia de los candidatos a realizar estudios de posgrado, acorde con las necesidades del país y de las regiones, con la publicación de los requisitos, evaluación y forma de elección de los aspirantes, haciendo el proceso más trasparente.

2 El número de cupos de las residencias médicas debe ampliarse y su distribución debe ser más homogénea. El ingreso a las residencias debe tomar en cuenta los resultados del Saber PRO para la asignación de cupos, mientras se desarrolla un sistema nacional de residencias.

3 Se debe desarrollar un sistema nacional de residencias médicas que involucre un examen único nacional de ingreso a las residencias médico-quirúrgicas.

4 Se deben generar estímulos para que las universidades con formación de pregrado avancen en la creación de programas de posgrado, especialmente en las ciudades intermedias.

5 Se hace necesaria la formación en gerontología, en el buen envejecimiento y la clara diferenciación entre los cambios normales con la edad y la enfermedad.

Mercado laboral

1 Las empresas e instituciones deben ofrecer condiciones de contratación optima, enmarcadas dentro de las condiciones de la OIT.

2 Se deben generar incentivos para los profesionales que trabajan en zonas dispersas y centros urbanos.

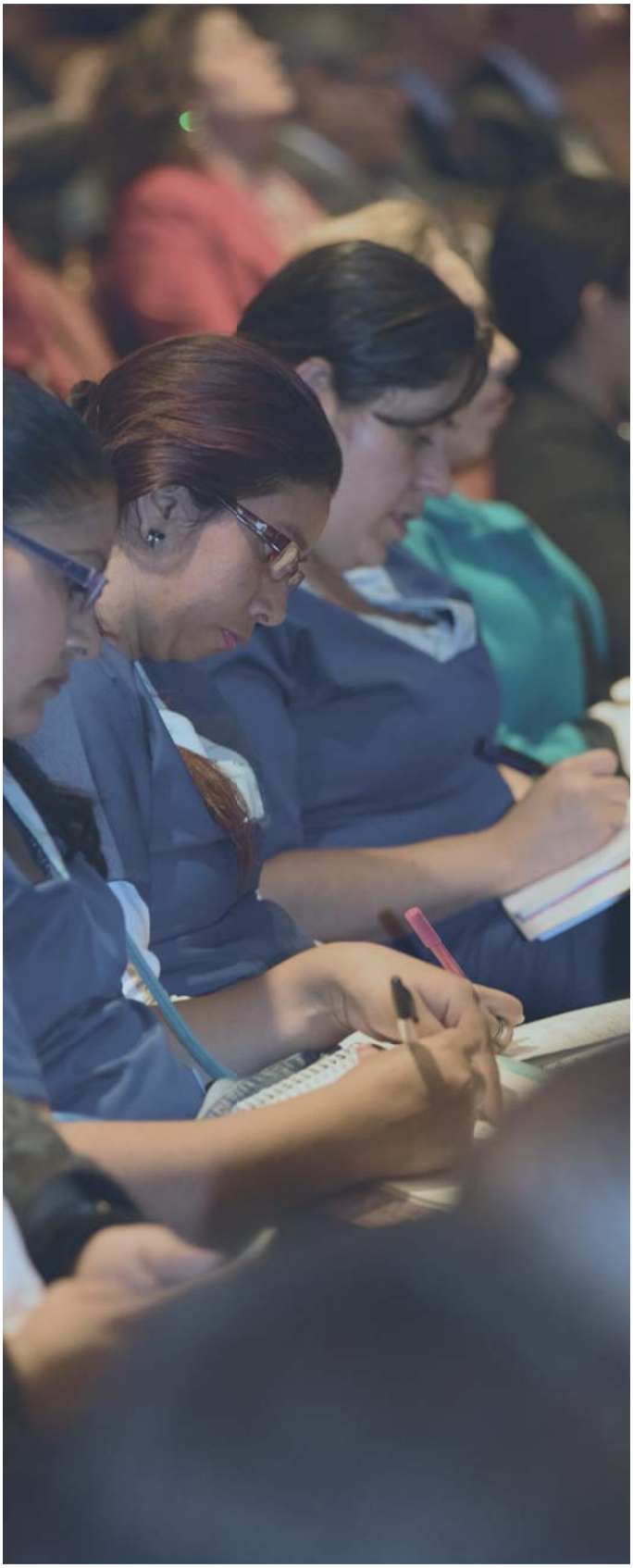
3 Los colegios profesionales deben avanzar en la afiliación y caracterización de sus afiliados.

4 Se debe eliminar la práctica de contratación de profesionales a través de intermediarios.

5 Es necesario estudiar las implicaciones de los contratos de prestación de servicios en la calidad de vida de los profesionales.

6 Se debe fortalecer el diálogo entre la academia, las organizaciones profesionales y el gobierno, promoviendo la adopción de medidas encaminadas a lograr mejores condiciones de trabajo.

7 Es necesario reconocer la relación entre la calidad de los servicios de salud y las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, por lo cual se deben gestionar los riesgos profesionales y la salud de los trabajadores a través de la implementación y desarrollo de sistemas de gestión, seguridad y salud en el trabajo.



2



Salud Rural

Salud Rural en Colombia

La salud de las personas comprende mucho más que la organización del sistema de seguridad social y de los servicios que presta. Sin embargo, los debates públicos se centran en estos aspectos que influyen tan solo en el diez porciento de la salud de los individuos, aunque es en lo que gastamos el noventa porciento de los recursos destinados al sector. Para la academia y la comunidad científica es claro que la salud depende mucho más de otros factores sociales, ambientales y de comportamiento humano, que impactan de manera determinante en la sanidad de las personas.

Paralelo a lo anterior, en Colombia, el treinta porciento de la población habita en las zonas rurales. Esos 14 millones de compatriotas, representan la décima población más grande de los 33 países de América Latina y el Caribe. Cuatro veces el tamaño de Uruguay y dos veces el de El Salvador. Es en esa ruralidad colombiana donde hallamos las mayores diferencias que padece nuestro país en materia de bienestar sanitario de las personas.

Las poblaciones rurales presentan perfiles epidemiológicos y condiciones de vida específicas de acuerdo a sus determinantes sociales, los cuales se diferencian del comportamiento del binomio salud-enfermedad de los centros urbanos. El sistema de salud debe responder a esas particularidades terriotiroriales. El avance en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS- pretende abordar esas características.

Si consideramos que la mayoría de los trabajadores en el campo son independientes o por cuenta propia,y sus ingresos son limitados, las posibilidades de acceso al SGSSS se ven establecidas en su mayoría a través del régimen subsidiado. Adicionalmente, las barreras económicas pueden limitar el acceso efectivo a los servicios de salud, por lo cual el abordaje de la salud en el campo es un tema que supera la cobertura poblacional y debe hacerse desde una mirada más integral.

Desde el **Observatorio Así Vamos en Salud*** consideramos que la Salud Rural debe ocupar un lugar prioritario en el debate público y en las políticas que se definan en el próximo gobierno para los siguientes lustros, de tal manera que con su implementación se logre la superación de las brechas de inequidad histórica que existe entre las poblaciones que viven en la ruralidad colombiana y las que habitan los centros urbanos del país.

Existen cuatro áreas prioritarias en las que el Observatorio ha decidido concentrar su atención respecto a la salud en la ruralidad: ***el agua y saneamiento básico, la salud mental, la salud nutricional y, la salud sexual y reproductiva***. En nuestro concepto estas cuatro áreas son las que más afectan el desarrollo de los individuos y comunidades.

A partir del trabajo interdisciplinario e intersectorial de más de 80 personas, se construyeron recomendaciones de política en torno a estos cuatro temas prioritarios para la salud de las poblaciones rurales, las cuales presentamos a continuación.

*El **Observatorio Así Vamos en Salud** es un programa plural e independiente de la sociedad civil financiado y apoyado por las Fundaciones Bolívar Davivienda, Corona, Éxito, Restrepo Barco, Saldarriaga Concha, Sanitas, Santa Fe de Bogotá, Profamilia, el Instituto Infantil Roosevelt, EPS Sura, Coosalud EPS, Productos Roche, Johnson y Johnson y la Universidad El Bosque

1 Salud Sexual y Reproductiva

Recomendaciones de política pública sobre la Salud Sexual y Reproductiva en la ruralidad colombiana

Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, existe una diferencia de 6 puntos porcentuales entre el porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que alguna vez han estado embarazas en la zona urbana (12.2%) y la zona rural (18.6%). En cuanto el acceso a educación integral de la sexualidad, en este mismo grupo de edad, existe una diferencia de 9 puntos porcentuales entre las mujeres que necesitan acceder a mayor información y educación relacionada con la sexualidad en la zona urbana (36.7%) y la zona rural (46.0%).

Colombia en materia normativa y de política pública reconoce la importancia de implementar la educación sexual integral en el desarrollo de las distintas etapas de la vida de las personas, teniendo en cuenta sus diferencias culturales, geográficas, generacionales, entre otras.

En el 2012, a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, el gobierno introdujo el "Esquema Nacional de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano-VPH. Este programa ha demostrado ser uno de los mejores en América Latina. Durante el 2012, la cobertura de vacunación contra el VPH logró alcanzar a 373.337 niñas en primeras dosis el 97,5%; segundas dosis el 96,7% y en terceras dosis 87,1%. Para la cohorte del 2013 la meta alcanzada fue del 91,4% del total de 2.4 millones de niñas dispuestas por el programa para el pasado año. No obstante, a pesar que la cobertura de inmunización alcanzó un 96% de las niñas sujetas al programa, en 2017 se redujo un 16%.

La ENDS 2015 permite dar cuenta de la existencia de una diferencia de 9 puntos porcentuales entre el porcentaje de mujeres que han oído acerca del VPH en la zona urbana (44.4%) y la zona rural (35.9). Colombia pasó de ser uno de los países con más altas tasas de vacunación en contra del VPH a tener coberturas muy bajas. Esta situación preocupa a muchas entidades, pues puede verse reflejado en un problema de salud pública en el futuro. Muchas familias aún consideran que la vacuna puede hacerles daño a sus hijas. Las vacunas salvan vidas y son costo-efectivas. El cáncer de cérvix es uno de los tres de mayor contribución en la mortalidad de las mujeres colombianas.

Otro problema de la salud pública que se sigue observando con preocupación a nivel nacional, es que el 32% de las mujeres señalan haber sido víctimas de violencia física, mientras solo el 22% de los hombres relatan haber sufrido estas agresiones; así mismo la violencia sexual afecta a 8% de las mujeres y al 1% de los hombres; en este sentido el 6% de las mujeres y el 11% de los hombres legitiman la violencia contra la mujer y un 4% de las mujeres y 11% de los hombres afirman que prefieren tener un hijo delincuente que homosexual.

La violencia basada en género como máxima expresión de las inequidades de género, son más evidentes en escenarios alejados de las grandes urbes, donde las posturas conservadoras y tradicionalistas siguen privilegiando lo masculino, sobre lo femenino, perpetuando las relaciones de poder y dominación.

En este sentido encontramos que, en la mayoría de los departamentos, los hombres legitiman en mayor proporción la violencia contra la mujer con cifras que oscilan entre 7 y 15%.

A partir de la aproximación a estas situaciones problemáticas sobre la salud sexual y reproductiva en la ruralidad colombiana, se presentan las siguientes líneas de acción que emergieron a partir del reconocimiento de la importancia de acelerar el desarrollo sostenible y acercar las políticas públicas a las poblaciones en áreas rurales, con el propósito de lograr incidir en directamente en sus propuestas, específicamente sobre la Salud Sexual y Reproductiva:

Línea de Acción 1

Educación sexual integral para prevenir el embarazo temprano en zonas rurales, dispersas e insulares

La educación sexual integral previene los embarazos tempranos, no deseados, reduce la mortalidad materna y contribuye con la eliminación de estereotipos de género que propician y legitiman la violencia de género, en particular contra las niñas y mujeres más jóvenes.

¿Cómo lograr que la educación sexual integral llegue a zonas rurales, dispersas e insulares, con el fin de aumentar las oportunidades para que más mujeres adolescentes y jóvenes puedan elegir?

Acciones para promover la educación sexual integral

- Brindar información de calidad sobre los derechos sexuales a partir de los 10 años de edad en escuelas y colegios veredales.
- Reconocer y promover la sexualidad como condición humana.
- Fortalecer la implementación de proyectos Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía –PESCC- adaptados a las necesidades rurales.
- Fortalecer los profesionales en salud en la formulación del Proyecto Educativo Institucional PEI de instituciones educativas.
- Incluir y/o integrar la salud sexual y reproductiva en los contenidos de las asignaturas de biología y ciencias sociales.
- Mejorar la coordinación intersectorial a través de la interconexión de los sistemas educativos y de salud en intereses comunes.
- Iniciar la educación sexual a partir de los 5 años de edad.

Acciones para potencializar y promover el uso de las tecnologías de comunicación

- Promover la educación virtual (escuelas, colegios y acciones comunales).
- Crear series de televisión o radio en canales regionales con leguaje del contexto, que envíen el concepto y que participen personajes reconocidos.
- Utilizar mecanismos alternativos de difusión (emisoras comunitarias y reuniones veredales).
- Gestionar el conocimiento de experiencias exitosas en uso de TICS y medios tradicionales.
- Promover el uso de canales de información para integrar participativamente a las comunidades, y aprovechar su propia experiencia y gestión.

Acciones para el fortalecimiento del talento humano y actores comunitarios

- Aumentar la cobertura y calidad de los servicios educativos en áreas rurales y garantizar su continuidad.
- Conformar y fortalecer equipos básicos en salud con capacitación en salud sexual y reproductiva, aumentando la cobertura en zonas dispersas.
- Integrar la educación formal a los servicios de salud y equipos básicos de salud.
- Fortalecer la capacitación y formación de los profesionales de salud.

Acciones para mejorar la coordinación intersectorial

- Identificar experiencias reconocidas en la región.
- Involucrar a la comunidad objetivo e instituciones educativas.
- Integrar desde las estrategias de primera infancia hasta la edad adulta tanto a las niñas, niños, mujeres y hombres. “No solo mujeres”.

Acciones transversales:

- Conocer el contexto, diversidad étnica y cultural.
- Generar programas en emisoras rurales que incluyan a los hombres.



Línea de Acción 2

Servicios de salud sexual y reproductiva accesibles en contextos rurales

De acuerdo a los mandatos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, los servicios de salud sexual y reproductiva deben tener en cuenta un enfoque étnico y diferencial, y existe la necesidad expresa de mejorar la salud sexual y reproductiva de las poblaciones que históricamente han sufrido de exclusión, calidad y oportunidad en el acceso a servicios básicos de salud sexual y reproductiva, en particular niñas y mujeres jóvenes viviendo en área rurales. *¿Cómo acercar los servicios de salud sexual y reproductiva a las poblaciones rurales, dispersas e insulares?*

Acciones para fortalecer la atención primaria en salud

- Recuperar los procesos y las metodologías usadas en la Atención Primaria en Salud incluyendo el rol de las Promotoras de salud.
- Acercar el modelo de servicios amigables en modalidad extramural con articulación intersectorial (Dirección territorial de salud y EPS) para la promoción de la estrategia.
- Prestar servicios de salud en zonas rurales dispersas mediante brigadas, puestos de salud y atención en casa comunitaria con profesionales que permitan abordar los derechos sexuales y reproductivos.
- Garantizar suministro de métodos anticonceptivos efectivos de larga duración y asistencia para el seguimiento a su uso.
- Integrar la red de prestadores de servicios

dispersos, mejorar sistemas de información, educación, capacitación y distribución de suministros básicos para la prevención, detección temprana y atención en Salud Sexual y Reproductiva.

- Fortalecer la consulta en la salud reproductiva desde los 10 años de edad a través de jornadas en veredas, no solo en centros de atención.

Acciones para el modelo de atención adaptado a identidades y cultura

- Identificar y aprovechar espacios que existen y son aceptados culturalmente: farmacia, médico tradicional y parteras.
- Diseñar modelos de prestación diferenciados por regiones y contextos, con buenos incentivos a los prestadores e involucrando a la población.
- Caracterizar las tradiciones de cada territorio.
- Aumentar la participación de líderes sociales comunitarios sensibilizaos o entrenados, por ejemplo, madres comunitarias.
- Adaptar los modelos de atención con enfoque etnodiferencial (indígena, afro, etc.).

Acciones transversales:

- Fortalecer los prestadores primarios y niveles básicos de atención.
- Fortalecer el talento humano y actores sociales según regiones.
- Aprovechar la capacidad instalada de las Fuerzas Armadas para la prestación de servicios en salud.



Línea de Acción 3

Programa de prevención integral de cáncer de cuello uterino

En los últimos 4 años, Colombia pasó de ser uno de los países con más altas tasas de vacunación en contra del Virus del Papiloma Humano (VPH) a tener coberturas muy bajas. Esta situación preocupa a muchas entidades, ya que puede verse reflejado en un problema de salud pública en el futuro, puesto que las adolescentes que están dejando de ser vacunadas pueden desarrollar cáncer de cuello uterino después de los 30 años.

Esta situación se vuelve más compleja, pues los medios de comunicación han creado incertidumbre y contribuido a estigmatizar la vacuna. Como resultado, muchas familias aún consideran que la vacuna puede hacerles daño a sus hijas. No obstante, la evidencia científica relevante muestra que las vacunas en contra del VPH pueden salvar vidas. Ante las polémicas actuales, *¿Cómo los nuevos programas de gobierno deben priorizar el programa de prevención del cáncer de cuello uterino, desde los diferentes niveles de atención, en particular desde los niveles de atención primaria de acuerdo al Modelo Integral de Atención en Salud?*

Acciones para un programa con enfoque en salud pública

- Implementar el programa de prevención integral de cáncer de cuello uterino como política pública.
- Introducir nuevas tecnologías y de baja complejidad en el Plan de Beneficios para apoyar su diagnóstico.

- Promover el tamizaje de mujeres con citología positiva o dudosa por parte de EAPB, IPS y entidades territoriales.
- Crear un programa integral, donde la atención este a cargo del ente departamental, no de las EPS, y dispongan recursos económicos y de personal.
- Fortalecer la red de laboratorios de salud pública para el diagnóstico temprano.
- Fortalecer capacidades del talento humano en la Atención Primaria en Salud con un enfoque intercultural y de género.
- Diseñar un modelo de gestión integral de prevención en cáncer de cérvix.
- Simplificar el programa de prevención de cáncer de cérvix.

Acciones para aumentar la cobertura

- Ampliar la cobertura programa VPH.
- Reformular metas para optimizar las estrategias que han demostrado efectividad.
- Implementar la vacunación con VPH para hombres, niños de 9 – 17 años, aumentar la protección colectiva y cambiar actitudes sobre responsabilidad femenina en temas de Salud Sexual y Reproductiva.
- Usar jornadas intra como extramurales para llegar a la población difícil de alcanzar.

Acciones para lograr intervenciones de base comunitaria, mejorar tamizaje e información de calidad

- Elevar conciencia sobre el riesgo inminente y latente en todas las mujeres del cáncer de cuello uterino y la corresponsabilidad de los hombres en la problemática.
- Aumentar el trabajo comunitario con mujeres líderes y familias sobre autocuidado.
- Implementar procesos de acompañamiento psicosocial e involucrar la comunidad.
- Implementar acciones de información, educación y comunicación de forma masiva para dar claridades sobre las ventajas de la vacunación en contra del VPH.
- Fomentar y sensibilizar en derechos sexuales y reproductivos para que las personas puedan aprender sobre los signos de alarma en el cáncer, el enfoque debe ser de derechos de género.
- Fortalecer la vigilancia comunitaria que motive el tamizaje.
- Formar agentes comunitarios cercanos a la población rural.
- Desarrollar intervenciones para legitimar la vacuna VPH.

Línea de Acción 4
Eliminar violencias de género

La violencia es prevenible en todas sus formas. Sin embargo, las niñas y mujeres sufren todas las formas de violencia por razones estructurales explicadas por el género y las relaciones de poder. La construcción de una paz territorial implica trabajar en el abordaje de los retos que trae el posconflicto en las regiones colombianas. La evidencia en otros procesos de posconflicto en el mundo, muestra que las violencias de género se incrementan durante los regímenes de transición a la paz.

Así, se ha entendido que los fenómenos de violencias durante la guerra continúan o se trasladan a los contextos domésticos y se transforman en fenómenos que siguen afectando, principalmente, a las mujeres más jóvenes y niñas.

¿Qué estrategias se deben proponer para acelerar la reducción de las violencias de género en particular hacia las mujeres y niñas en zonas rurales?

Acciones para la promoción de los derechos y equidad de género

- Generar estrategias que deslegitimen la violencia de género.
- Fortalecer las estrategias de pares comunitarios desde alianzas público/privadas.
- Promover el respeto a la mujer en reconocimiento de la diferencia y capacidades.
- Aumentar los proyectos de vida de niña y mujer basados en mayor participación social.
- Aumentar la participación de la población afectada y vulnerable.
- Implementar estrategias de trabajo con-hombres para la desconstrucción de modelos nocivos de masculinidad que legitiman las violencias y estereotipos de género.
- Divulgar por diversos medios la gravedad que constituye la violencia de género en cualquier de sus formas.
- Promover la educación integral de prevención de violencia en todos los espacios escolarizados y no escolarizados.

Acciones para involucrar servicios sociales y otros sectores

- Indagar por soluciones a la misma comunidad, para la creación y desarrollo de estrategias comunitarias.
- Fortalecer el trabajo con niños y hombres desde una perspectiva diferencias (rural y de género), incluyendo disciplinas distintas a salud y ciencias sociales.



- Generar oportunidades de autonomía económica y social que aumenten el ingreso económico para la mujer.
- Generar proyectos comunitarios para permear culturalmente las violencias mediante nuevas masculinidades y feminidades.
- Facilitar servicios sociales y de cuidado, que permitan a las mujeres liberar tiempos para sumir otros roles.

Acciones para diagnosticar y caracterizar la violencia de género en áreas rurales

- Hacer los diagnósticos de la violencia sexual desde el imaginario masculino y rural autóctono.
- Caracterizar las múltiples formas de violencia de género que afectan diferencialmente a hombres y mujeres.

Acciones transversales

- Hablar de Atención Integral de las violencias de género como lo establece el MIAS, identificando: i) la promoción derechos, equidad; ii) prevención y gestión del riesgo, y iii) atención desde enfoques intersectoriales de las violencias.

2 Salud Mental

Recomendaciones de política pública sobre la Salud Mental y la ruralidad en Colombia

"La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad" – Art 3°. Ley 1616 de 2013

Tomando los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015[6], se identifica que el 27,5% de los hogares en el área rural se encuentran en pobreza extrema según el Índice Multidimensional de Pobreza, y el 9,2% de los hogares en el área urbana, que corresponde al 13,5% de la población general. Al discriminar por región, la que tiene la mayor prevalencia de pobreza es la Atlántica (21,0%). El promedio de personas por hogar es de 3,5 personas, donde el 23,7% tienen 3 personas y el 34,2% tienen 4 o 5, sin diferencias entre las áreas rural y urbana.

Datos como la satisfacción en las relaciones en población colombiana de 12 años en adelante muestran como la categoría de muy satisfecho en las relaciones presenta diferencias importantes en las respuestas obtenidas en los ámbitos urbanos o rurales para los de 18 y más años, se obtiene lo siguiente: 38,6% (urbano) y 26,9% (rural) para el grupo de 18 a 44 años; 32,1% (urbano) y 23,3% (rural), pudiendo con ello concluir como en el área rural hay una menor satisfacción en las relaciones en general con relación al área urbana, especialmente en la población entre 18 a 44 años.

Si bien la satisfacción en las relaciones es menor en el área rural, es de destacar que con respecto a la presencia de cualquier trastorno mental durante la vida los resultados muestran que la población del área rural presenta una menor prevalencia en los diferentes grupos etáreos, así como en las diferentes patologías. Ejemplo de lo anterior es que mientras la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en los adolescentes de la zona urbana es de 8%, en la zona rural es de 5%, la proporción de adultos que han pensado en suicidarse en zona urbana es 7,0%, mientras que en la zona rural es de 5,0%, concluyendo este estudio que hay casi una relación de 2 a 1 en la zona urbana, así como se evidencia con la prevalencia de cualquier trastorno mental, la cual es superior que en la zona rural tanto para la vida (10,0%; IC95%: 8,9-11,2 frente al 6,1%; IC95%: 5,0-7,4) como para los últimos 12 meses (4,4 %; IC95%: 3,7-5,1 comparado con 2,7% IC95%: 2,0-3,7).

Uno de los grandes retos a nivel de salud mental en el área rural es asegurar el acceso a los servicios de salud mental, en tanto que, barreras estructurales como localización geográfica lejana o los costos para el transporte debido a las distancias que se deben recorrer, son entre otros, algunos limitantes para el acceso real en salud.

6. Gomez-Restrepo, C., De Santacruz, C., Matallana, D., González, L., Encuesta Nacional de Salud Mental – 2015, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015

Así mismo, lo son las rutas de atención poco claras y desarticuladas con la atención primaria, la limitación de camas hospitalarias, los horarios de atención y la falta de personal adecuadamente capacitado en salud mental.

En el país en general, pero de manera particular en el área rural hay una diferencia significativa entre la percepción de algún tipo de síntoma y la búsqueda de apoyo o ayuda, poniendo de presente importantes barreras actitudinales que son los mayores limitantes al acceso efectivo y llamando la atención a la necesidad de acciones promocionales y preventivas en salud mental para esta población con modelos comunitarios que impacten las necesidades particulares de ella.

En el ejercicio realizado por varios expertos en la materia, desde la mirada intersectorial se indagó en torno a cuatro líneas de acción, dando respuesta a cuestionamientos orientadores en cada línea, construyendo recomendaciones consideradas pertinentes sobre las cuales se debe trabajar en el próximo gobierno.

Línea de Acción 1

Promoción de la salud mental en el área rural

¿Cuáles podrían ser las acciones promocionales de mayor impacto en Salud Mental para la población rural?

Acciones dirigidas a la promoción de la salud mental enfocadas en el área rural

- Fortalecer la presencia del Estado en un marco de confianza con los ciudadanos, desde el reconocimiento y aporte de la diversidad cultural y de saberes.
- Impulsar el desarrollo de la infraestructura de escenarios culturales, deportivos, recreativos, escolares, entre otros.
- Fomentar el que hacer comunitario con acciones desde la familia hacia la comunidad, buscando impactar la cognición social de los individuos, aumentando el capital social, el empoderamiento individual y la resiliencia.
- Fortalecer la educación en salud, como un escenario creador de acciones colectivas desde la mirada de salud mental positiva.

Línea de Acción 2

Prevención frente a los problemas y trastornos de salud mental

¿Cuáles serían las acciones de prevención de mayor impacto en Salud Mental para la población rural?

Acciones dirigidas a la prevención de alteraciones de la Salud Mental enfocada en el área rural

- Fortalecer los sistemas de información incluyendo la caracterización de la población rural.
- Unificar una línea de salud mental, generando grupos de análisis intersectorial que trabaje en “problemas” conformado por la administración regional y la comunidad, que intervenga temas de educación, trabajo, cultura, condiciones sanitaras, comunicación y salud. Para ello, es importante mencionar que los componentes más importantes de un enfoque intersectorial para lograr mejorar resultados en salud incluyen: la adopción de un lenguaje unificado con el cual se trabaje en los

diferentes sectores, un enfoque de alianza para asignar y compartir los recursos y un fortalecimiento del potencial a través de las dimensiones individuales, organizaciones y comunitarias.

- Desarrollar y formar recursos humanos en salud mental, garantizando su distribución en zonas rurales y dispersas.
- Fortalecer la gestión del riesgo comunitario, ampliando el espectro de intervención oportuno.
- Fortalecer las acciones de detección temprana que permitan el manejo pertinente de los problemas y trastorno mentales, garantizando acceso a la tamización, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Línea de Acción 3
Acciones intersectoriales

¿Cuáles deberían ser las acciones intersectoriales que le apunten a la prevención de las alteraciones en Salud Mental, para la población en área rural?

Acciones dirigidas a fortalecer el trabajo intersectorial en torno a la salud mental

- Fortalecer el proceso de ciudadanización de la población sin identificación.
- Fomentar la participación social y comunitaria, en la formulación, implementación y evaluación de políticas y planes intersectoriales de prevención y atención de la salud mental.
- Implementar mecanismos de canalización entre programas y oferta socio institucional, por ejemplo: Departamentos de Prosperidad Social -DPS-, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, salud, cultura, empleo, tierras, seguridad alimentaria.
- Potenciar las responsabilidades de la rectoría del Ministerio de Salud desde un enfoque de promoción de salud y no solo desde la prevención.
- Fortalecer la vigilancia de los eventos más prevalentes en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas licitas e ilícitas, violencia interpersonal, familiar y de género, así como actualización de los diagnósticos departamentales y municipales de salud mental.



Línea de Acción 4
Acceso en salud mental

¿Qué estrategias de fácil manejo se proponen para impactar las barreras actitudinales, geográficas y financieras, que afectan el acceso a los servicios?

Acciones dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud mental

- Implementar un plan de incentivos de resultados en salud de la población rural en servicios de salud.
- Articular la oferta institucional de servicios, desarrollando equipos interdisciplinarios que hagan acciones en el Plan de Intervenciones

Colectivas, articuladas con el Plan de Beneficios en el hogar.

- Reconocer los recursos y saberes:

  a. Identificar a los sabedores y saberes locales que actualmente están en los territorios y que protegen la salud mental de las comunidades.

  b. Desarrollar herramientas pedagógicas diferenciales para el trabajo en ruralidad, utilizando un lenguaje en contexto.

- Gestionar la salud mental en la ruralidad fomentando la utilización de equipos móviles, telemedicina, aplicaciones de tamización y otros recursos de acceso geográfico a las poblaciones.

- Transitar hacia un aseguramiento con EPS unificadas por regiones.

- Realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capitación de las intervenciones prioritarias en salud mental.



3 Situación Nutricional

Recomendaciones de política pública sobre la situación nutricional en el contexto rural colombiano

En Colombia, el estado nutricional de la población ha sido medida en los últimos 15 años a través de una encuesta poblacional por muestreo que se llama la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de la población colombiana.

Uno de los indicadores del estado nutricional más reveladores de la situación de salud y nutrición en la población es el de **Retraso en la Talla (RT)**:

- En el 2005 la prevalencia de RT en los niños menores de 5 años de las zonas urbanas fue de 9.5% y en las rurales de 17.1%. Hay una brecha de 7.6% a favor de los niños urbanos.

En el 2010, la brecha entre zona urbana y rural en este mismo indicador fue de 5.4 puntos porcentuales. Los datos del 2015 evidencia que el RT en este mismo grupo de edad fue de 10.8%. En las zonas urbanas fue de 9% y en las rurales fue de 15.3%, siendo la brecha de 6.3%, más alta que en 2010.

- La prevalencia de RT en los escolares, de 5 a 9 años, es de 9.7% en la zona urbana, en contraste con la rural que es de 18.5%. La brecha es mayor en este grupo de edad, ascendiendo a 8.8%.

En 2015 la prevalencia nacional fue de 7.4%. En las zonas urbanas es de 12% y en las rurales es de 5.7%, siendo la brecha de 6.3%. En 10 años la brecha entre una zona y otra solo se redujo en 2.5 puntos porcentuales.

- En los adolescentes (10 – 17 años) el RT es de 12.9% en las zonas urbanas y de 24% en las rurales (ENSIN, 2005).La brecha es de 11.1% a favor de los niños urbanos. En 2015, la prevalencia nacional es de 9.7%, manteniéndose las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, 7.5% y 15.7% respectivamente, siendo así la brecha es de 8.2%, es decir, solo una reducción de 2.9 puntos porcentuales en 10 años.

Otro de los indicadores más representativos son los relacionados con el exceso de peso:

- En el caso de los niños menores de 5 años el sobrepeso fue en 2005 de 4.9%. En las zonas rurales es de 2.2% y en las urbanas de 3.6%.
- En el caso los escolares el sobrepeso es mayor, la prevalencia total es de 4.3%, las diferencias rural y urbana son 2.0% y 5.4% respectivamente. (ENSIN, 2005)
- En los adolescentes el sobrepeso tuvo una prevalencia total de 10.3%, mientras en las zonas urbanas fue de 11.6% y en las rurales de 7.2%. (ENSIN, 2005)

Las diferencias en el estado nutricional entre las zonas urbanas y rurales, no son solo un claro ejemplo de las inequidades en salud, sino de las transiciones epidemiológicas que viven las sociedades urbanizadas y/o en vía de desarrollo. El crecimiento de la prevalencia del sobrepeso es un reflejo de ello.

Otra de las maneras de conocer el estado nutricional de las poblaciones, distinto a la valoración antropométrica es a través del análisis bioquímico de micronutrientes, uno de los indicadores trazadores en este sentido es la **prevalencia de anemia** por las implicaciones que tiene para el desarrollo y salud de los individuos.

- En los niños de 6 a 9 años la prevalencia de anemia fue en 2010 de 27.5%. En las zonas urbanas fue de 26.1% y en las rurales de 30.8%. La brecha a favor de los niños urbanos es de 4.7 puntos porcentuales.
- En los escolares (5 – 12 años) la prevalencia fue de 8.1%. Las diferencias entre la zona urbana y rural es de 7% y 10.6% respectivamente. La brecha es de 3.6%.
- En los adolescentes la prevalencia fue de 10.6%. En las zonas urbanas ascendió a 9.7% y en las rurales a 13.1%. La brecha es de 3.4%.

Otro de los hitos a considerar es el estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva y en las gestantes, por los efectos que tiene sobre la reproducción de la malnutrición y su transmisión intergeneracional.

- En Colombia, en 2005 el 20.7% de las gestantes presentaron bajo peso y en 2010 el 16.2%.
- En contraste el exceso de peso es también en las gestantes un asunto problemático, en 2005 el 30% de presentaron exceso de peso gestacional y en 2010 el 34.6%.
- Sobre la prevalencia de anemia, los datos indican que en las mujeres en edad fértil en 2010 la prevalencia fue de 7.6% y en las gestantes de 18%.

Conclusiones generales del contexto nutricional en Colombia

- Estamos viviendo un momento de transición nutricional, en el cual Colombia se convierte por la calidad del consumo de alimentos en un ambiente obesogénico.
- Hay un incremento progresivo en el precio de los alimentos, cada vez más los hogares en Colombia cuentan con menos capacidad adquisitiva para la compra de alimentos, lo que ha hecho que la dieta de los colombianos se centre en el consumo fuente de energía: cereales, raíces y azucares. Deficiencia en el consumo de proteínas y grasas saludables.
- Seguridad alimentaria: los hogares con mayor inseguridad alimentaria son las de más alta jefaturas femeninas, de bajo poder adquisitivo y con bajos niveles educativos.
- Comportamiento de los indicadores del estado nutricional. Las gestantes en mayor riesgo indican que las adolescentes tienen una tendencia al bajo peso y las gestantes adultas al exceso de peso.
- Entre más cerca los embarazos de la menarquia mayor riesgo para el desarrollo del feto.
- El bajo peso al nacer viene aumentando su prevalencia desde 1995. Se relaciona con la ganancia de peso en la gestación, la presencia de anemia, la repetición de episodios de infección urinaria durante el periodo gestacional.
- Los hombres que viven en la zona rural de Colombia, en todos los ciclos de vida, son la población más afectados en la talla.
- El exceso de peso viene en aumento, se viene duplicando cada 5 años, lo incrementa a largo plazo las enfermedades crónicas. La obesidad viene creciendo en la zona rural, casi sin diferencias estadísticas con lo urbano.



Propuestas para mejorar la Situación Nutricional en el contexto rural colombiano

Temas transversales

- Fomentar la soberanía alimentaria como la estrategia por excelencia para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en el país.
- Ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de acueducto y saneamiento básico.
- El acceso a la educación formal con miras a disminuir las brechas entre lo rural y urbano, y las disparidades de género.
- El enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia por excelencia de la atención en salud de las zonas rurales, siempre y cuando se privilegie el enfoque comunitario.
- Avanzar hacia la adecuada implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- Todas las acciones deben estar fundamentadas en la evidencia científica a través de la investigación aplicada como las evaluaciones de impacto.
- Se debe continuar avanzando en la investigación básica para una mejor comprensión de los determinantes de la malnutrición en el contexto rural colombiano.
- Colombia tiene que contar con un Sistema de Información robusto tipo SISVAN que se implemente de manera obligatoria en todos los territorios.

A partir de la caracterización de la problemática nutricional identificada en ruralidad, se plantea intervenir cuatro temas trazadores priorizados, los cuales, se presentan como líneas de acción, con sus respectivas acciones propuestas.

Línea de Acción 1

Situación nutricional de los adolescentes y las necesidades de la transversalización de un enfoque de género

La evidencia demuestra que la situación nutricional de los adolescentes es compleja, se mueve entre altas prevalencias de desnutrición crónica y sobrepeso, y el incremento de las prevalencias de doble y triple carga de malnutrición. *¿Cómo piensa usted se debe formular una estrategia desde el ámbito nacional para atender esta problemática?*

Acciones sobre las políticas públicas

- Colombia debe incluir dentro de la agenda pública la atención nutricional de los adolescentes con un enfoque de género, por lo que implican las mujeres adolescentes y en edad reproductiva. Su actual estado de malnutrición, especialmente en la ruralidad requiere aunar esfuerzos para el fortalecimiento de la seguridad alimentaria, de los programas de educación nutricional y de los programas de complementación alimentaria, haciendo énfasis en las necesidades nutricionales de este grupo poblacional.
- Implementar estrategias para disminuir el consumo de alimentos procesados en los adolescentes por el impacto que su alto consumo tiene para la salud. Para ello se debe trabajar en dos frentes: la protección de las políticas públi-

cas respecto a la interferencia de la industria de alimentos en la promoción y distribución de alimentos procesados, y en las políticas restrictivas, vía impuestos, de la publicidad de estos alimentos.

Acciones sobre la gobernanza territorial

- Trabajar por la materialización de las políticas públicas a través de los entes territoriales. Para ello es indispensable que desde la construcción de los planes de desarrollo locales se incluyan estrategias para el fortalecimiento de la seguridad alimentaria comprometiendo recursos para la acción, e incluya la participación activa de los adolescentes como agentes de transformación social.

- Activar los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para levantar información relevante, que sirva para caracterizar la situación nutricional de este grupo poblacional a nivel local, considerando acciones de tamizaje periódicos y con enfoque de determinantes sociales.

Acciones sobre la prevención y promoción de la salud

- Diseñar o un implementar un programa tipo y validado empíricamente con un enfoque de atención integral para adolescentes, que incluya como componentes la promoción de hábitos de alimentación saludables, la prevención del sedentarismo y otras conductas de riesgo, la atención oportuna de los problemas relacionados con la salud mental, la atención integral de la salud sexual y reproductiva. Todo ello partiendo de un enfoque participativo.

- Incluir dentro de las políticas de atención en salud un programa de suplementación para las mujeres en edad fértil, especialmente con hierro para la mitigación de las prevalencias de anemia y de futuras gestaciones con riesgo de bajo peso al nacer, mortalidad materna, mortalidad infantil, entre otras complicaciones asociadas.

- Implementar un programa de atención preconcepcional en el caso de mujeres adolescentes o adultas jóvenes con deseos reproductivos, que incluya revisión médica, identificación de riesgos clínicos relevantes (físico y mental), acciones de consejería, identificación del estado nutricional, desarrollo de planes de alimentación individualizados que incluyan estrategias de suplementación, e incluir de manera obligatoria la suplementación de ácido fólico de manera preventiva.

- Entender los procesos nutricionales de los adolescentes también desde la lógica de la salud sexual y reproductiva. La atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes debe trascender los programas de planificación familiar, el uso de anticoncepción y la prevención del embarazo adolescente.

- Los programas sociales de atención para los adolescentes deben proveer herramientas para el fortalecimiento del soporte familiar y las otras redes de apoyo para que aporten al desarrollo de habilidades para la vida.

Acciones sobre la intervención integral

- Se deben diseñar protocolos o guías de atención diferenciales para las gestantes adolescentes, que incluya una atención especializada en el procesos nutricionales como por ejemplo: diseñar una nueva curva para medir la ganancia de peso y el estado nutricional de las adolescentes gestantes diferente a la que se

utiliza para las mujeres adultas, definir las necesidades propias de suplementación de acuerdo a las necesidades particulares de este grupo poblacional.

- Fortalecer los mecanismos de seguimiento y vigilancia de las gestantes adolescentes, considerando que estas tienen mayores riesgos y requieren una mejor adherencia a los controles prenatales y demás mecanismos de atención.

Línea de Acción 2
Determinantes sociales de la desnutrición crónica

La evidencia recogida internacional y nacionalmente ha evidenciado que la Desnutrición Crónica como problema de salud pública emerge de un cumulo de determinantes sociales que se originan muchas veces en determinantes de tipo estructural. *¿Qué alternativas plantea usted para que Colombia en el 2030 cuente con la primera generación con cero desnutrición crónica?*

Acciones sobre la intervención integral

- Reconocer la desnutrición crónica como un problema de salud pública a nivel nacional, entendiendo las diferencias regionales, étnicas y reconociendo las brechas que han existido históricamente entre las zonas urbanas y rurales, tanto en las prevalencias, los factores que la determinan y la efectividad de las acciones que desde la política pública se han implementado.

- Si bien la desnutrición crónica debe ser concebida como un problema de salud pública es indispensable el abordaje multisectorial dado que su presencia y perpetuación intergeneracional son en parte consecuencia de los procesos de desarrollo del país.

- Para la erradicación de la desnutrición crónica en las zonas rurales es indispensable implementar adecuadamente la política de seguridad alimentaria del país mejorando el acceso y disponibilidad de alimentos en los hogares campesinos, y optimizar las formas de producción de alimentos basados en la agroecología.

- Desarrollar estrategias para la generación de empleo digno en las zonas rurales, que haya una transición importante del empleo informal al formal, y que privilegie a las mujeres campesinas jefes de hogar.

- Los programas para el mejoramiento sostenible de la situación nutricional de las zonas rurales deben contemplar los valores culturales asociados a la alimentación, es decir, creencias, costumbres y prácticas.

- En el área rural es indispensable fortalecer el acceso al saneamiento básico, dándole prioridad al acceso de la población al agua segura. En otros países se ha demostrado que del acceso al agua segura depende casi en un 20% la disminución del indicador.

Acciones sobre la gobernanza territorial

- El país debe adoptar como meta erradicar la desnutrición crónica en menores de 5 años en el año 2030, lo que significa encontrar los mecanismos para acelerar el ritmo de decrecimiento del indicador, de seguir como vamos, la meta no es viable.

- De comprometerse con la meta, el país debe hacer mayores esfuerzos en los territorios rurales, de ahí la importancia de descentralizar las políticas y recursos, y buscar que los planes de desarrollo incorporen siempre una meta directa sobre la disminución del indicador.

- El abordaje de la desnutrición crónica implica visibilizar en los territorios su multicausalidad para comprometer a todos los sectores en su erradicación.
- El país y sus territorios deben contar con un esquema de incentivos para mejorar la capacidad del talento humano experto en nutrición en las localidades. Se debe mejorar los salarios, incentivar el interés de los jóvenes por esta formación y ampliar la oferta desde la educación superior, especialmente en territorios rurales donde las necesidades de atención especializada son mayores.

Acciones sobre la prevención y promoción de la salud

- Generar un despliegue masivo de actividades de educación en salud con énfasis en el tema nutricional, haciendo énfasis en la importancia de la alimentación complementaria adecuada de los niños.
- Fortalecer el programa de Crecimiento y Desarrollo en todos los sentidos. Es decir, cualificar el talento humano encargado de la atención, en lo posible contar con profesionales especializados en el tema (nutricionista y psicólogo), ampliar los tiempos de atención por niño, hacer devolución de los resultados a las familias con recomendaciones, registrar en RIPS u otros sistemas de información los resultados y diagnósticos de los niños, y activar las remisiones necesarias de manera oportuna.
- Apoyarse en los programas de transferencias condicionadas y otros esquemas de incentivos para mejorar la adherencia al programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Mejorar la adherencia a los controles prenatales de las gestantes y sus redes de apoyo, así como la calidad de la atención ofrecida.

Este programa debe contar con profesionales especializados, con los equipos tecnológicos actualizados para la detección temprana de riesgos, con tiempo suficiente para la psicoeducación y las acciones de consejería, entre otros.

Acciones sobre la intervención integral

- Diseñar las guías de atención para el manejo de la desnutrición crónica, con énfasis en los 1.000 días. Dicho protocolo debe desarrollarse bajo el enfoque de medicina basada en la evidencia. Este desarrollo debe hacerse de manera interdisciplinaria y haciendo uso de las nuevas tecnologías en salud. Se debe socializar y capacitar al personal de salud en dicho instrumento.
- Así como en Colombia se registra en las estadísticas vitales el peso al nacer como un predictor de la salud del individuo, es necesario que se incluya en las guías de atención la medición y registro obligatorio de la longitud al nacer.
- Se deben impulsar iniciativas para la fortificación de alimentos base de la alimentación colombiana, -el arroz, por ejemplo-, que contribuye a la mitigación de las deficiencias de micronutrientes en niños menores de 5 años, como la deficiencia de hierro y sus implicaciones en las prevalencias de anemia en el país.
- Mejorar los programas de complementación alimentaria a través de la entrega de paquetes de alimentos con alto valor nutricional, y en lo posible que sean fortificados para el consumo de los niños menores de 5 años y/o mujeres en gestación.
- Se debe fortalecer la educación en salud en temas relacionadas con el saneamiento básico

y las prácticas de higiene en el hogar, teniendo en cuenta que para la salud de los niños es indispensable controlar el parasitismo.

Línea de Acción 3

Ciclo reproductivo de la malnutrición

Si entendemos la malnutrición desde una perspectiva de ciclo de vida y bajo un enfoque de transmisión intergeneracional, y como ciclo es necesario buscar las herramientas para interrumpirlo, *¿Cuál cree usted que es la mejor estrategia para lograrlo?*

Acciones sobre las políticas públicas

- La atención integral de las mujeres en edad fértil es uno de los caminos para la interrupción del ciclo de malnutrición. Las mujeres sanas, incluyendo su estado nutricional, inician su vida reproductiva con factores protectores más fortalecidos, que le garantizan una gestación más sana, y, por tanto, con niños saludables desde el nacimiento.

- Fortalecer las estrategias para garantizar el derecho a la alimentación durante todo el ciclo de vida del individuo, trascender el enfoque de seguridad alimentaria y nutricional hacia un enfoque de soberanía alimentaria con la orientación especializada de equipos integrales de salud.

- Diseñar políticas costo-efectivas que afecten entornos y que superen el enfoque individual y asistencialista, un ejemplo de ello puede ser los impuestos a bebidas endulzadas industrializadas, la regulación de la publicidad de alimentos procesados dirigida a niños, niñas y adolescentes, el etiquetado claro y la promoción de entornos saludables escolares.

- Continuar con la implementación de programas y/o políticas que le permitan seguir avanzando a las mujeres de las zonas rurales en tres aspectos fundamentales: el retraso de la tenencia del primer hijo, la reducción en las tasas de fecundidad y el aumento del periodo intergenesico.

Acciones sobre la atención integral

- Trabajar los programas de atención en salud desde un enfoque de trayectoria de vida, este enfoque supera el de ciclo de vida porque trasciende hacia un abordaje con una mirada sistémica y no fragmentada de los individuos.

- Se propone el rediseño del programa de control prenatal para que incluya control de bajo peso, del exceso de peso y de anemia, acompañado además de programas de fortificación casera con micronutrientes en polvo, de educación en alimentación y de acciones multisectoriales para la gestante y su familia.

- Humanizar la atención del parto en los servicios de salud, incluyendo prácticas como el pinzamiento tardío del cordón umbilical, propiciar el arrastre, garantizar la lactancia en la primera hora después del nacimiento, implementar las estrategias del Minuto de Oro y evitar cualquier tipo de violencia obstétrica.

Línea de Acción 4

Fortalecimiento de las prácticas de lactancia materna

En los últimos años los esfuerzos que se han hecho desde diferentes sectores para promover la práctica de la lactancia, tanto exclusiva como complementaría han sido intentos fallidos, ya que las cifras en el país son cada vez peores.

¿Qué nuevas alternativas considera usted son necesarias para alcanzar las metas que como país necesitamos y nos hemos planteado?

Acciones sobre las políticas públicas

- Mejorar el control de la publicidad y comercialización de sucedáneos de leche materna (aplicación de código).
- Establecer mecanismos para mejorar la transparencia frente al relacionamiento entre profesionales de la salud y la industria.
- Fortalecer de salas de lactancia materna en el ámbito laboral.
- Velar desde el Estado nacional y las entidades de control por la implementación efectiva del Plan Decenal de Lactancia Materna.

Acciones sobre la educación y comunicación

- La lactancia en la zona rural se debe enfocar en un proceso de educación que permita a las mujeres comprender que la leche materna si suple las necesidades nutricionales para romper mitos asociados a la misma.
- Desarrollar estrategias de educación popular y comunicación social participativa, lo que implica un trabajo desde la investigación basada en la comunidad (IAP), ya que las alternativas deben ser propuestas por las mujeres del área rural.



- Desarrollo de medios de comunicación comunitaria para el fortalecimiento de la lactancia materna desde la educación para la salud.
- Posicionamiento mediático del Plan Decenal de Lactancia Materna.

Acciones sobre formación de talento humano

- En el componente de formación de talento humano en salud se hace necesario establecer acuerdos temáticos para incluir la lactancia en los currículos de salud (medicina, enfermería, nutrición) sobre técnicas exitosas de amamantamiento basados en comunidad.
- Capacitación continua a personal de salud en promoción de la lactancia materna.

Acciones sobre la atención integral

- Fortalecer los programas de consejería en lactancia.
- Implementación de estrategias basadas en evidencia, es decir, modelos de programas tipo que ya hayan sido validados científicamente y cuenten con los lineamientos de una experiencia exitosa.
- Tener en cuenta la importancia del rol de la pareja en la práctica de la lactancia materna, así como de otras redes de apoyo.
- Diseño de incentivos económicos para la promoción de la práctica de la lactancia materna.
- Considerar las experiencias de lactancia traumática y ponerlas en función del desarrollo de programas.
- Creación y fortalecimiento de redes comunitarias de lactancia.

4 Agua y Saneamiento Básico

Recomendaciones de política pública sobre acueducto y alcantarillado, y la ruralidad en Colombia

Coberturas de Acueducto y Alcantarillado

El objetivo seis de desarrollo sostenible es *"Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos". Dos de las metas del objetivo, buscan que de aquí al 2030, se logre "...el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos", y "...el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad".* En Colombia en el área rural aún estamos lejos de cumplir estas metas.

En el país se ha trabajado intensamente en el suministro de agua potable a las comunidades; según la CEPAL (2004) los resultados alcanzados en el suministro de agua potable son mucho más sobresalientes que los de saneamiento básico; no obstante, la Procuraduría General de la Nación y el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial mencionan que existen grandes diferencias si se analizan niveles regionales o municipales, donde prevalecen y persisten pronunciadas desigualdades entre las áreas urbanas y las rurales. Donde estas últimas, se caracterizan por bajas coberturas de los servicios de acueducto y alcantarillado, agua de baja calidad y deficiencias en el servicio de aseo. No obstante, la OMS refiere que, aunque la población pueda acceder a agua potable para su consumo en cocina, baños, etc., es importante tener en cuenta el papel que juegan las aguas residuales, las cuales también pueden impactar los cuerpos de agua que son utilizados para riego de cultivos, que después pueden ser ingeridos directamente por las personas o indirectamente por animales, que posteriormente son objeto de consumo humano, generando así riesgos para la salud.

Al realizar un análisis de las coberturas de los servicios públicos domiciliarios registrados en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ENCV del DANE, del periodo comprendido entre los años 2011 y 2016, se encuentra que en el área urbana (cabecera), la cobertura de acueducto[7] es cercana al 100%, mientras que la cobertura de alcantarillado[8] se encuentra alrededor del 90%. En el área rural (centros poblados y rural disperso o resto) el servicio de acueducto, ha mantenido en los últimos 6 años una cobertura cercana al 60%, manteniendo una brecha con el área urbana de 39 puntos porcentuales. La cobertura de hogares con accesos a servicio de alcantarillado ha pasado de 12% en 2011 a 17% en 2016, a pesar del incremento persisten coberturas muy bajas y la brecha con el área urbana se ha mantenido en 76 puntos porcentuales[9].

7. La cobertura de Acueducto en cabeceras al 2016 se encontraba en 97.5%, y en centros poblados y rural disperso se encontraba en 60.1%.

8. El porcentaje de hogares con acceso a Alcantarillado en cabeceras al 2016 se encontraba en 93.6%, y en centros poblados y rural disperso se encontraba en 17.3%. Siendo las regiones pacífica, caribe y San Andres, aquellas en donde menos se ha avanzado.

9. El informe publicado refiere que los datos utilizados están basados en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) También del DANE. Hay que tener en cuenta que en el documento hacen referencia que "para el área urbana por cobertura de acueducto y alcantarillado, se entiende como la conexión de la vivienda a los servicios. Para el área rural, la cobertura de suministro de agua incluye la conexión de la vivienda al servicio de acueducto o suministro de agua a través de soluciones alternativas como otra fuente por tubería, pozo con bomba y pila pública; en el caso del alcantarillado para el área rural se incluyen conexiones al servicio, así como soluciones alternativas como inodoro conectado a pozo séptico y letrina"

Es importante tener en cuenta que al mejorar el agua potable y el saneamiento se reduce el riesgo de enfermedades hídricas como la diarrea y el cólera, la propagación de las lombrices intestinales, la esquistosomiasis y el tracoma. Un estudio de la OMS en 2012 calcula que cada dólar invertido en saneamiento produce un rendimiento de US$ 5,50, traducido en menores costos de atención de salud, más productividad y menos muertes prematuras. Según Miranda (2016), en el país para el caso de Enfermedad Diarreica Aguda-EDA, aunque hubo disminución de la tasa hasta el año 2011, a partir del año 2012 se aprecia un incremento sostenido en la tasa de mortalidad. Como conclusión, el país ha invertido cuantiosos recursos en el desarrollo de STAR[10], pero hasta el momento no ha tenido una repercusión importante en la disminución de enfermedades de origen hídrico.

En lo referente al indicador de tratamientos de agua a nivel municipal, los datos no son alentadores, según la CEPAL a 2011 solo el 25% de las aguas que se vierten en los cuerpos de agua son tratados, lo que aumenta los costos de tratamiento de los acueductos, sin hablar del impacto ambiental y daños a la salud. Tan solo el 30% de los municipios cuentan con sistemas de tratamiento concentrados en aquellos con más de 10 mil habitantes, donde de estos, solo el 26% posee sistemas de tratamiento. Cabe destacar que, en los centros urbanos, solo se trata cerca del 41% de las aguas vertidas.

Otros Servicios públicos

En el área urbana según análisis de las ENCV del 2011 a 2016, la cobertura de energía eléctrica, y recolección de basuras también es cercana al 100%, el servicio de gas natural se ha incrementado progresivamente pasando de 65% en 2011 a 78% en 2016, así como los hogares que cuentan con teléfono celular alcanzando el 97,5% en 2016. También las personas han aumentado el acceso a internet desde cualquier dispositivo y lugar logrando llegar a un 65,4% en 2016.

En el área rural (centros poblados y rural disperso o resto) las coberturas de energía eléctrica y de hogares con celular superan el 92%. Es increíble evidenciar que los hogares en el área rural cuentan con una mayor cobertura de recolección de basuras (27% para 2016), celular y acceso a internet (32.2% en 2016) que de alcantarillado (17% en 2016).

Sistema para la protección y control de la calidad del agua para consumo humano

Referente a la calidad de agua que se consume en Colombia, el panorama no es alentador. Datos del Informe del Estado de la Vigilancia de la Calidad del Agua para consumo humano 2016, del Instituto Nacional de Salud – INS muestran que, a nivel nacional, el Índice de Riesgo de Calidad del Agua - IRCA, fue de 21,7 mostrando un nivel de riesgo medio para todo el país, de forma desglosada para el sector urbano, el IRCA fue de 8,6 correspondiente a riesgo bajo y para la zona rural tuvo un valor de 34,7 clasificado como riesgo medio.

Retos para el sector de la vigilancia de la calidad del agua

El artículo de la Universidad Nacional *"Vigilancia de la calidad del agua para consumo*

10. Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales

humano en Colombia: desafíos para la salud ambiental (2016)", realizado con datos recolectados entre enero y junio de 2012, resume en gran parte las dificultades que se presentan en los territorios. En este se concluye que:

- Existen dificultades en los territorios para asumir y desarrollar plenamente las competencias de la vigilancia, donde las acciones definidas exceden las capacidades y los recursos de los territorios.
- Existe incipiente ejecución de las acciones fundamentales para el análisis del laboratorio de la calidad del agua y faltan recursos para infraestructura, logística, recurso humano, equipamientos e insumos para realizar los análisis.
- No existe una comunicación y coordinación eficiente entre los tres niveles (nacional, departamental, municipal), lo que dificulta el proceso de rectoría, y el fortalecimiento técnico de los territorios, en especial con las condiciones de colecta y envío de muestras, que sumado al déficit de recursos logísticos como el transporte, no garantizan la cadena de custodia, ni la calidad de la muestra, acorde a lo exigido en la normatividad.
- Existe tardanza y/o ausencia de contratación de personal que retrasa el desarrollo de actividades. Los procesos de contratación son perjudicados por temas administrativos y decisiones políticas clientelistas. Además, la no continuidad de los profesionales debido a cambio de mandatarios locales o nacionales, ocasiona que se pierda el presupuesto que se haya podido invertir en la formación técnica y en gestión de los profesionales, sin contar la experiencia. Adicionalmente afecta la motivación y calidad de los profesionales.
- Existe falta de capacitación y soporte técnico para las actividades de campo y seguimiento a las acciones desarrolladas que permita la supervisión y cumplimiento de las mismas. Además de falta de cualificación de los profesionales y coordinadores, en lo concerniente a evaluación de riesgo de fuentes de agua, aplicación de formularios de inspección, y elaboración de mapas de riesgo.

Retos para el sector de servicios públicos

- No existe aún la suficiente cobertura de acueductos, alcantarillado y sistemas de recolección de residuos que brinde mejores condiciones de vida y salud a las comunidades rurales, especialmente en departamentos y municipios apartados.
- Prevalece la falta de estrategias para que la comunidad aporte en las soluciones de sostenimiento de servicios públicos.
- Existe afectación de fuentes abastecedoras de agua por el cambio climático y la contaminación producida por la minería, prácticas agrícolas inadecuadas y vertimiento de aguas residuales, lo que aumenta los costos de tratamiento de plantas de agua potable, sin hablar del impacto ambiental y a la salud.
- Altos costos de tecnología en el tratamiento del agua para el sector rural.

Para mejorar la salud y calidad de vida de las personas del sector rural se plantearon recomendaciones de política en el ejercicio realizado por el **Observatorio Asi Vamos en Salud** con expertos en la materia.

A continuación se presentan las líneas de trabajo, las preguntas orientadoras y las recomendaciones para cada una de ellas.

Línea de Acción 1

Beneficios en salud por inversión en agua y saneamiento básico

¿Cómo se pueden realizar los seguimientos a los beneficios en salud generados por la inversión efectiva de presupuestos para la construcción y mejora de proyectos de agua y saneamiento básico, en zonas rurales y apartadas del país?

Diseño e implementación de políticas y vigilancia comunitaria

- Con la implementación de la Política de Atención Integral en Salud: hacer seguimiento a las intervenciones colectivas y poblacionales desarrolladas en el territorio y que dan respuesta a los resultados en salud esperados. Incluyendo en este proceso la participación de la comunidad. Se deben considerar aspectos como:

a. Seguimiento técnico: corroborar el funcionamiento de las tecnologías puestas en marcha, medición constante de la calidad del agua, funcionamiento de plantas y sistemas.

b. Seguimiento económico: auditar la ejecución de presupuestos.

- Desarrollo de políticas en favor de agua y saneamiento.

- Reconocimiento a los mecanismos de participación de la comunidad, las veedurías ciudadanas, Ley 134/94.

- El Instituto Nacional de Salud a través del Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua (SIVICAP) podría trabajar en la cualificación del talento humano para territorializar la información.

Reportes de percepción de salud

- Los proyectos de inversión deben contar con recursos para realizar su evaluación y deben asegurar la participación de la comunidad.

- Reporte de incidencia de casos de enfermedades atribuidas al agua y al saneamiento básico, así como el reporte comunitario de percepción en salud de estas enfermedades después de la construcción y mejora de estos servicios.

- Involucrar a todos los generadores de vertimientos de aguas residuales, tanto en su caracterización actual como en sus compromisos de mejoramiento de la calidad del agua vertida en el tiempo.

- La información debería ser pública.

- Reuniones de juntas comunales en el ámbito rural para la evaluación de las inversiones y su impacto en salud con generación de reportes de la comunidad de los beneficios obtenidos.

- Seguimiento periódico y constante de la salud de la comunidad.

Indicadores de salud y ambientales

- La inversión debe partir de un diagnóstico integral de aspectos socio-ambientales e indicadores de salud (ej. Enfermedad Diarreica Aguda- EDA). Esto generaría una línea base para poder hacer el seguimiento.

- Medición de indicadores de acceso a agua y saneamiento básico.

- Crear un indicador que relacione el Indice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA) con las enfermedades gastrointestinales ponderando el impacto que puede tener el agua.
- Involucrar a la comunidad y los indicadores de impacto en salud en presentación de propuestas de inversión.
- Hacer seguimiento a indicadores de salud y salud ambiental e identificar su posible relación con el acceso y calidad del agua: EDA, parasitismo intestinal, enfermedades de la piel, Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) con participación de las organizaciones comunitarias y de gobierno local.
- Hacer seguimiento a la población en zonas de explotación minera y agroindustrial, en términos de mortalidad y esperanza de vida.



Línea de Acción 2

Destinación de recursos para ampliar coberturas de acueducto y alcantarillado en el área rural

¿Cómo garantizar que la destinación de recursos para la construcción y mejoramiento de proyectos de agua potable y alcantarillado, incluidos sistemas alternativos, estén dirigidos a las regiones y zonas rurales del país más apartadas y vulnerables?

Promoción de la participación social y exigencia del derecho

- Revisar las instancias de participación local para posicionar el seguimiento de los recursos de inversión por parte de la comunidad, así como el cuidado de fuentes de agua y la incidencia en las decisiones políticas.
- Las inversiones deben estar acompañadas de capacitaciones sobre agua segura para consumo humano y el empoderamiento de las comunidades.
- Exigir a entidades territoriales departamentales y municipales para que destinen parte de su presupuesto para proyectos de agua potable y alcantarillado, y se de la rendición de cuentas sobre los resultados provenientes de la inversión.
- Crear instituciones a nivel territorial que se dediquen a la salud pública y a la salud ambiental que difundan, auditen y hagan cumplir políticas públicas relacionadas con la calidad del agua y el derecho al acceso al recurso.

Designación de presupuestos especificos para mejorar coberturas

- Contar con presupuestos específicos para mejorar coberturas rurales que tengan vigencia mayor a los 4 años del gobierno.
- Designar presupuestos específicos para proyectos específicos, sobre calidad y uso del recurso hídrico, definiendo cobertura real, según la densidad de la población.

Promover la intersectorialidad

- Generar un fondo intersectorial que tenga una gestión integrada en el territorio en temas como: seguridad alimentaria, acceso a agua potable y alcantarillado, vivienda, educación y ambiente.
- Realizar una caracterización poblacional y territorial en los proyectos formulados con participación comunitaria y que den respuesta a las necesidades de las comunidades. A partir de un diagnóstico integral desde el reconocimiento real de las condiciones de vida de la comunidad, respaldado en indicadores de salud, económicos y de calidad de vida.
- Se debe evaluar en los sistemas de información:

a. Solución vs cumplimiento de proyectos

b. Acceso vs impacto en la comunidad

c. Valor vs costo real de los proyectos

d. Educación vs promoción de uso de los servicios

Promover el uso de sistemas alternativos

- En la zona rural dispersa optar por sistemas alternativos más económicos que permitan menor inversión con mayor cobertura, los cuales han probado ser eficientes a partir de resultados de investigación basada en la evidencia.

Combatir la corrupción

- Se requiere un ejercicio de gobernanza compartida, en el cual todos los actores participen en la planeación, ejecución, verificación y ajuste de los proyectos, en donde el empoderamiento de la comunidad evite la corrupción ligada a este tipo de proyectos.
- Fortalecer la plataforma informática de carácter público donde se reportan los presupuestos de obligatoria destinación en agua potable y saneamiento y que permite a la comunidad hacer seguimiento a las inversiones a través de datos abiertos.
- Fortalecer técnicamente grupos de vigilancia y control externo que acompañan y verifican el cumplimiento de los proyectos directamente en el lugar de intervención.
- Fomentar la supervisión por parte de los entes locales y nacionales en la destinación y ejecución de los recursos para estos proyectos.
- Desarrollar investigación y desarrollo de tecnologías alternativas.
- Desarrollar instrumentos anticorrupción.- Mejorar los sistemas de inspección, vigilancia y control de las entidades territoriales y de las instituciones de orden nacional sobre los recursos destinados a proyectos de agua y saneamiento básico.
- Fortalecer el accionar de la superintendencia de servicios públicos, la super intendencia de industria y comercio y la comisión de regulación de agua potable, en el control del acceso y calidad del recurso hídrico y de la supervisión de la ejecución de recursos financieros.

Línea de Acción 3

Apoyo a las comunidades para el mejoraiento, conservación y sostenimeinto de ecosistemas

¿Cómo apoyar a las comunidades para el mejoramiento, conservación y sostenimiento de ecosistemas que brindan servicios básicos?

Educación a la comunidad

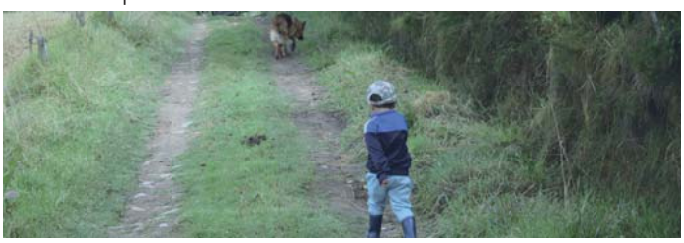
- La educación de la comunidad guiada por grupos especializados del Ministerio de Ambiente en conjunto con universidades y colegios locales, en temas como: salud ambiental, minería artesanal sostenible, manejo de desechos y elementos tóxicos, contaminación de las fuentes hídricas, reforestación para preservación del agua, biodiversidad y beneficios de la conservación, mejoramiento y sostenimiento.
- Los ecosistemas estratégicos como el páramo y los bosques se deben proteger compensando a las comunidades campesinas y étnicas, para que hagan buen uso de la biodiversidad.
- Se debe realizar una sensibilización de la importancia de los ecosistemas y la sostenibilidad de los mismos, pero también desarrollar y fomentar estrategias como el pago por servicios ambientales.
- El apoyo puede venir desde educación, por ejemplo, entender que es Ecosistema. Para esta estrategia se puede aprovechar las altas coberturas de celular e internet existentes en el área rural.
- Implementación de estrategias intersectoriales que involucren procesos de educación en salud y ambiente, que utilicen metodologías participativas.
- Estrategias de socialización de mercados verdes.

Incentivos, participación comunitaria e intersectorialidad

- Hacer partícipes a la comunidad en las propuestas y proyectos e iniciativas comunitarias, respecto al uso, conservación y restauración de esos ecosistemas. Destinar incentivos y presupuesto para la participación.
- Generar incentivos positivos que promuevan la cooperación entre las comunidades y las autoridades ambientales para la conservación.
- Garantizar la participación de la comunidad en los equipos que desarrollan los planes de seguridad de agua (PSA), especialmente en el diagnóstico de puestos críticos en los ecosistemas de abastecimiento del agua.
- Integrar al desarrollo rural los temas de medio ambiente, agricultura, vivienda y energías sostenible y agua potable y saneamiento básico.

Protección de zonas de reserva y vigilancia comunitaria

- Garantizar la protección de zonas de reserva que prestan estos servicios e incentivar a las comunidades que participen como cuidadores de éstas.
- Implementar un sistema de vigilancia comunitaria para la identificación y notificación de problemáticas colectivas en salud.



Modelo de desarrollo rural alternativo

- Articular un modelo de desarrollo rural alternativo, que reconozca los servicios ecosistémicos con participación de la comunidad
- Establecer modelos agrícolas ambientalmente sostenibles (uso de agua, no uso de plaguicidas y fertilización química).
- Controlar las actividades económicas que sostienen la comunidad como la minería, mediante la introducción de tecnologías limpias.

Línea de Acción 4
Gestión del recurso hídrico para el desarrollo sostenible

¿Cómo debe enfocarse la gestión del recurso hídrico para permitir el desarrollo sostenible del país con énfasis en la ruralidad?

Conservación del agua: Agua como eje articulador del desarrollo económico

- La gestión integral del recurso hídrico debe enfocarse como prioridad condicionada del desarrollo a partir del cual se despliegan los demás instrumentos de desarrollo y no al revés como ocurre hoy en día.
- Potenciar la conservación de ecosistemas estratégicos por encima de la explotación de recursos.
- Dar prioridad a la gestión del agua desde las cuencas hidrográficas y no desde la división política (Plan de Ordenamiento Territorial-POT).
- Armonizar los POT con la vocación real del suelo y disponibilidad del agua en el territorio.
- Desarrollar políticas centradas en el agua como eje de desarrollo intersectorial.



- Exigir cero intervenciones en fuentes principales de agua y la implementación de estrategias de mitigación y uso responsable del agua en todos los procesos de producción.
- El modelo económico del país debe garantizar el cuidado y la gestión del agua y potenciar el uso de energías renovables.
- Fortalecer el cobro del impuesto al carbono, estos recursos deben priorizarse para la educación ambiental y la adopción de energías renovables.

Gestión desde las regiones

- Organizar la arquitectura institucional de la rectoría del sistema de aguas.
- Propender por que el acceso al agua sea un derecho fundamental.
- Realizar gestión integral del agua potable, como se plantea en el programa nacional de agua, para preservar el derecho al agua a través de planes intersectoriales.
- Armonizar el ordenamiento territorial con un desarrollo a escala humana para que sea sostenible y sustentable y tenga en cuenta la vulnerabilidad del país, especialmente en el área rural y el cambio climático.

Enfoque de derechos e intersectorialidad

- Fortalecer la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas públicas ambientales integrales con enfoque de derechos humanos.
- Articular las diversas instancias e instituciones en la gestión del recurso hídrico, establecidas en la regulación y normatividad colombiana. Estado, sociedad civil y sector productivo.
- Crear instrumentos de planeación y gestión intersectorial que visibilicen la gestión de cada sector, su intervención e impacto alrededor del agua.

Empoderamiento de la comunidad

- Empoderar a la población para la gestión del recurso hídrico a través de estrategias que vinculen y fomenten su participación y tome en cuenta sus saberes.
- El modelo económico del país debe integrar los diferentes actores y sectorizarse regionalmente, puesto que no debe desconocer las dinámicas regionales.

Observatorio
Así Vamos en Salud



asivamosensalud.org

Síganos en:
asivamosensalud

3



Descentralización Terrirorial en Salud

Descentralización en Salud

La descentralización según Borja (1984) "es el proceso mediante el cual se busca transferir poder político, responsabilidades, recursos fiscales y toma de decisiones desde el gobierno central a los gobiernos locales y regionales, con el fin de democratizar el Estado a partir de la ampliación del campo de derechos y libertades, la incorporación progresiva de los sectores excluidos de las instancias representativas y, mayor control y participación populares en las actuaciones públicas."[11]

De acuerdo con Ramírez, Díaz y Bedoya (2014), Colombia desde hace casi tres décadas cuenta con un modelo de descentralización donde se transfirieron responsabilidades hacia los municipios, para atender las demandas en servicios sociales específicos como salud, educación y agua potable de sus ciudadanos[12].

Como resultado del análisis de diversos estudios consultados por el **Observatorio Así Vamos en Salud**, se ha identificado que para conseguir las promesas de la descentralización se requiere de una estructura básica institucional y de un conocimiento técnico administrativo por parte de quienes deben aplicar sus principios. De igual manera, se considera que una fracción importante de municipios y departamentos carecen de dichas capacidades.

En América Latina, Colombia y Perú, están entre los países unitarios más descentralizados en cuanto a la importancia del gasto público de los gobiernos subnacionales.

Sin embargo, la autonomía en el gasto en gran medida se limita porque sus fuentes de ingresos están restringidas. La mayoría de los gastos se destinan a educación, salud, acueducto y saneamiento básico[13].

A su vez, Sánchez (2001) señala que "muchas entidades territoriales no tenían (ni tienen) la capacidad institucional para las tareas otorgadas dentro del marco de la descentralización. En adición, la falta de control y coordinación con la administración central junto con un marco político que crea incentivos al gasto público, facilitaron y promovieron el endeudamiento de las entidades territoriales, que algunas veces ha sobrepasado niveles sostenibles y que ha generado la inviabilidad financiera de varias entidades territoriales"[14].

Respecto a la descentralización en salud, Guerrero, Prada y Chernichovsky hacen una lista de razones por las cuales no se logró consolidar el modelo inicialmente planteado:

- Se delegaron funciones sin consultar la capacidad de quienes las deben ejercer.
- La ley es muy general y trata en muchas ocasiones a municipios pequeños y grandes como si fueran iguales.
- Se delegó la prestación pública de manera fragmentada entre municipios y departamentos (niveles 1 y 2, 3).

11. Borja, J. (1984). Descentralización: una cuestión de método. Revista Mexicana de Sociología Vol. 46 No. 4 , 5-33.
12. Ramírez, J., Díaz, Y., y Bedoya, J. (2014). Decentralization in Colombia: Searching for Social Equity in a Bumpy Economic Geography. Fedesarrollo.
13. OCDE Serie de Estudios Gobernanza Multinivel. Inversión Pública más Eficiente en Colombia MEJORAR LA GOBERNANZA MULTINIVEL
14. Sánchez, F. (2001). Evaluación de la descentralización municipal en Colombia Descentraliza¬ción y macroeconomía. Documento elaborado por la Dirección de Desarrollo Territorial del DNP.

- El aseguramiento, función crítica en el sistema, se delegó a EPS de naturaleza y calidad hete¬rogéneas. La delegación del aseguramiento va encadenada con la de la prestación, puesto que son las EPS las que escogen a los prestadores de sus redes.
- Las entidades territoriales no tienen ningún rol en la habilitación de EPS, ni en la escogencia de las mismas (el usuario elige).
- Originalmente los destinatarios de las transferencias eran las entidades territoriales (recibían plata a cambio de prestar un servicio). Luego el aseguramiento/prestación se pasó al sector corporativo (EPS). Para financiar el régimen subsidiado, usaron las transferencias.
- Se dio un atasco considerable de recursos a causa de problemas operativos: bases de datos incompletas, sistemas de información frágiles, precariedad de procesos de autorizaciones, facturación, etc. También por problemas jurídicos, en particular entre el Fosyga y las EPS del régimen contributivo, por prestaciones no POS que se glosan.
- Hay traslapes y duplicidades en ciertas tareas.
- Existen funciones que podrían no ser compatibles entre sí, en una misma entidad.
- Hay una escala o un número mínimo de usuarios, a partir del cual se vuelve inviables el aseguramiento y la prestación. En zonas de baja población difícilmente caben múltiples aseguradores o prestadores.
- La Superintendencia de Salud, que es el gran supervisor nacional, no tiene presencia por fuera de Bogotá.
- Las Secretarías Departamentales también tienen funciones de inspección, vigilancia y control, pero difícilmente las pueden ejercer con las EPS que son el principal cliente de sus hospitales.

La OCDE realizó un estudio sobre descentralización en 15 países miembros; allí identificaron 4 razones o brechas principales por las que, en la mayoría de los casos, el gobierno local no descarga sus responsabilidades:

1 **Brecha de información:** esta se presenta cuando un nivel de gobierno no tiene información adecuada para diseñar, prestar y/o gestionar lo que se pide, o sí existe la información, pero hay barreras que impiden compartir la misma de manera adecuada.

2 **Brecha de capacidad:** esta puede aparecer cuando un nivel de gobierno no tiene capacidad suficiente para cumplir sus responsabilidades por falta de recursos humanos o porque al existirlos, estos no tienen capacidad, formación adecuada, aptitudes y conocimientos para cumplir sus responsabilidades. Pero no se trata solamente de recursos humanos, puede ser también que sí hay personas bien formadas pero este personal está frustrado porque a nivel institucional no hay procesos inteligentes para que las instituciones puedan hacer lo que les están pidiendo.

3 **Brecha de financiamiento:** a través del cual un nivel de gobierno necesita para cumplir con sus responsabilidades y también puede ser simplemente que no hay recursos suficientes, pero lo que se ha visto es que existen los recursos financieros pero el presupuesto no está bien gestionado, es decir, que gastos de fondos o los incentivos no son bien diseñados

o alienados, entonces como información, el flujo de financiamiento no funciona bien para que el nivel local pueda descargar sus responsabilidades.

4 **Brecha de responsabilidad:** en la cual hay dos variedades, puede ser que no hay suficiente transparencia alrededor del papel de una persona o de una institución, o puede ser que haya mezcla de funciones dentro de una persona o una institución, una combinación que quizás se convierta en un conflicto de intereses.

Tomando en cuenta las dificultades que el proceso de descentralización ha tenido y a las cuales nos hemos aproximado, el **Observatorio Así Vamos en Salud** realiza las siguientes recomendaciones que podrían aportar en el ejercicio de repensar la descentralización en Colombia.

Recomendaciones



1 Se hace necesario revisar la Ley 715, en especial en sus aspectos relativos a las competencias de las entidades territoriales; de tal forma que, de las funciones emanadas desde las dimensiones en las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, se redefina cuáles de ellas se descongestionan, se desconcentran y se descentralizan, y a qué nivel territorial se asignan.

2 Se requiere una capacidad de rectoría fuerte para que se establezcan la justificación y la racionalidad adecuadas que modifiquen la reglamentación de forma equilibrada, de tal manera que no se produzcan excesos regulatorios en unos aspectos cuando en otros la regulación se torna incompleta o contradictoria.

3 Tal vez lo más importante es estar claro sobre lo que estamos pidiendo del nivel local, por ejemplo, que queremos ver una disminución del 20% de presentaciones urgentes en hospital en 3 años o ver un 20% de fracturas de cadera sean operadas en 48 horas.

4 Luego de llegar a acuerdos sobre lo que se quiere medir, se deben fortalecer los sistemas de información de reporte y seguimiento.

5 Hacer comparación de indicadores entre departamentos, municipalidades, áreas urbanas y rurales.

6 Es claro que hay que dar recursos suficientes a niveles locales para que puedan cumplir con sus expectativas, pero se debe determinar el nivel de apoyo adecuado para cada territorio.

7 Generar una agencia que coordine el diálogo entre los diferentes niveles de gobierno y fortalezca las relaciones intersectoriales.

8 Para resolver la tensión entre el gobierno central y local se deben flexibilizar sus relaciones, y construir sistemas de evaluación regular entre los tres niveles de gobernanza.

9 Fortalecer la construcción y seguimiento de indicadores de desempeño de los diferentes niveles de gobernanza.

10 Las EPS deben demostrar su valor en la gestión del riesgo clínico y financiero dentro del sistema de salud.

11 Colombia debe formar cohortes de médicos, enfermeras en asistencia primaria, especialistas que también tendrán un papel muy importante a nivel local que todavía no existe.

12 Se debe extender la participación de Colombia en programas de medición y comparación con otros sistemas de salud con respecto a calidad, gastos y eficiencia, para que se compare con los otros países de la OCDE.

13 Colombia debe mejorar la capacidad de los gobiernos subnacionales para recaudar ingresos propios, a través de: (i) continuar los esfuerzos relacionados con la actualización y modernización de los registros catastrales y prediales mejorando el recaudo de los impuestos prediales municipales; (ii) racionalizar el portafolio de impuestos recaudados por los departamentos y municipios, y promover impuestos compartidos entre el Gobierno central y los gobiernos subnacionales; (iii) reducir el número de impuestos con destino específico; (iv) permitir instrumentos como los peajes o cobros por congestión; (v) promover una mayor flexibilidad en lo que respecta los gravámenes a los usuarios y tarifas locales, y optimizar la renta por inmuebles (rentas, dividendos)[15].

14 Dado que la mayoría de las transferencias tienen destinación específica, hay espacio para introducir cierta flexibilidad en este sistema, especialmente permitiendo que ciertos fondos no utilizados en un sector puedan ser traspasados a otro sector.

15 Se puede llevar a cabo una revisión exhaustiva de la forma en cómo se determinan los criterios de asignación del SGP, a fin de simplificarlos e incluir nuevos mecanismos de equiparación, incluyendo criterios basados en las especificidades territoriales. Esta discusión debe fomentarse como parte de la reforma al SGP sobre la cual se está debatiendo actualmente. Se podrían establecer subvenciones a la inversión con destinación específica (earmarked grants) o subvenciones compartidas (matching grants) para proyectos y lugares específicos, como el City Fund[16].

16 El Sistema General de Regalías (SGR) debe articularse con el Sistema General de Participaciones (SGP) y con el Presupuesto General de la Nación (PGN), para anticipar de mejor manera el impacto de los gastos de capital en los gastos corrientes futuros[17].

15. OCDE Serie de Estudios Gobernanza Multinivel. Inversión Pública más Eficiente en Colombia MEJORAR LA GOBERNANZA MULTINIVEL

16. OCDE Serie de Estudios Gobernanza Multinivel. Inversión Pública más Eficiente en Colombia MEJORAR LA GOBERNANZA MULTINIVEL

17. OCDE Serie de Estudios Gobernanza Multinivel. Inversión Pública más Eficiente en Colombia MEJORAR LA GOBERNANZA MULTINIVEL



Anexo 1



Alimentación durante los primeros 1.000 días

Alimentación durante los primeros 1.000 días

Tal y como lo señala el documento 'Plan de acción de salud -Primeros 1000 días de vida Colombia 2012-2021', "aunque en los últimos años Colombia ha logrado avances en la reducción de la desnutrición y de la mortalidad infantil, se requieren mayores esfuerzos para reducir la alta carga de mortalidad neonatal que concentra el 68% de la mortalidad infantil, así como la mortalidad materna". Es así como la situación nutricional en la primera infancia continúa siendo una prioridad por las implicaciones que tiene el estado de salud nutricional en el desarrollo infantil temprano, ya que allí se sientan las base para el desarrollo integral posterior.

Este mismo documento señala que los "los primeros mil días de vida se cuentan desde la gestación (270 días) y hasta los dos años de edad (730 días), y aunque la cuenta matemática no incluye la etapa pre-concepcional, esta sí cuenta en los resultados al final de los mil días porque durante esta etapa es posible conocer antecedentes socio familiares y de salud de los futuros padres, y especialmente valorar el estado nutricional de la mujer para prevenir algunos defectos congénitos, particularmente los de cierre del tubo neural, por lo cual cada día se insiste más en la conveniencia de la consulta pre-concepcional a las mujeres que planean tener un hijo, e idealmente también a sus parejas con objeto de prepararlas para la maternidad y la paternidad"

Es por tal razón que el enfoque de salud y curso de vida es un elemento de análisis que permite entender la situación nutricional como la expresión de lo que sucede en diferentes momentos de la vida desde una mirada longitudinal. Desde la perspectiva del curso de vida se reconoce que el efecto obtenido en cada periodo del desarrollo depende de las bases establecidas en el periodo anterior, lo cual sustenta el concepto y promoción del *continuum* de la atención en este periodo con efectos en las siguientes etapas de vida.

Curso de vida y triple carga de la malnutrición

Según el documento "*Plan de acción de salud -Primeros 1000 días de vida Colombia 2012-2021*" en el curso de la vida, "pueden identificarse cuatro hitos temporales en una secuencia con temporalidad variable, que desemboca en la enfermedad y la muerte: (1) las exposiciones y agresiones ambientales durante las etapas tempranas de la vida, incluyendo la etapa prenatal y preconcepcional (2) las conductas relacionadas con la salud; (3) los estados y condiciones de riesgo y, (4) las enfermedades y los trastornos de salud. Cada uno de ellos tiene implicaciones diversas para las políticas de salud: prevención y detección temprana (prevención primaria y secundaria), y moderación de su impacto en la salud y en la calidad de vida una vez que están presentes (prevención terciaria)".

Es importante señalar que los efectos de las experiencias negativas en el curso de la vida se acumulan y generan desigualdades sociales que se hacen visibles en los indicadores de

morbilidad y mortalidad en la edad adulta. En la primera infancia se ha identificado una triple carga de la malnutrición asociada a desnutrición, deficiencia de micronutrientes, así como sobrepeso y obesidad, como se puede observar a continuación:

1 Desnutrición aguda

De acuerdo con los datos del Análisis de la Situación de Salud-ASIS de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2015), la prevalencia de desnutrición-DNT aguda a nivel nacional fue de 1,3 para 2005 y 0,9 para 2010, sin presentar diferencia significativa en relación con el sexo. Para el 2015, la prevalencia es de 2,3 con un aumento de 1,4 puntos porcentuales.

Tal y como lo señala el Ministerio de Salud y Protección Social, aunque Colombia se encuentra en el grupo de países con menos de 5% de prevalencia de desnutrición aguda, su incremento en la ENSIN 2015 debe llamar la atención de las entidades responsables de la salud, bienestar y medio ambiente, entre otros. Es conocido que los problemas de acceso a agua potable, inadecuado saneamiento ambiental, las infecciones frecuentes y la disminución o ausencia de la práctica de la lactancia materna, aumentan la intensidad, duración y repetición de enfermedades que afectan el peso corporal de niños y niñas.

De acuerdo con el nivel socioeconómico establecido por el SISBEN, los resultados de la ENSIN 2010 muestran que en el nivel 1 se presenta la mayor prevalencia, lo cual indicaría que a menos recursos mayor presencia de esta desnutrición en la primera infancia.

2 Desnutrición crónica

De acuerdo con los resultados de la ENSIN 2015 la prevalencia de desnutrición crónica se ha reducido en un 18% al pasar de 26,1% a 10,8%, lo que marca un descenso constante desde 1990.

Tal y como lo señala el documento ASIS de Seguridad Alimentaria (2015), este tipo de desnutrición presenta una mayor prevalencia en la zona rural que en la urbana; para la ENSIN 2005 se presentó una diferencia de 7,6 puntos porcentuales y en la ENSIN 2010 la diferencia fue de 5,4 puntos porcentuales mostrando igual que la anterior encuesta, una mayor la prevalencia en el área rural. Al revisar cuál es el grupo étnico que más afecta este evento, la ENSIN 2010 reporta que es el indígena seguido del afrocolombiano. En cuanto a género, la ENSIN 2005 mostró que se presentó más en los niños superando en 2,7 puntos porcentuales a las niñas y la ENSIN 2010 también mostró 2,1 puntos porcentuales más en los niños que en las niñas.

Según este mismo documento, la situación de seguridad alimentaria y nutricional en las comunidades indígenas, que son las que presentan la mayor prevalencia de este evento, debe ser observada desde lo que significa para ellos el alimento. Esto es debido a que sus hábitos alimentarios se encuentran determinados por la gran diversidad cultural y por los ecosistemas en los cuales habitan.

A esto se suma otras problemáticas que deben afrontar, como el desplazamiento o confinamiento por acción de grupos armados ilegales y narcotráfico, presencia de empresas extractivas en su territorio, como el caucho,

la minería y el cultivo de palma. Lo anterior ha generado a través del tiempo impacto en el campo laboral, en la pérdida de territorios ancestrales, con una insuficiencia de tierras y recursos sobre los cuales ejercían control y uso, pérdida de fuentes de agua, lo cual está afectando su capacidad productiva, la caza, la pesca y la recolección de frutos propios de sus hábitos alimentarios.

3 Anemia

El documento ASIS de Seguridad Alimentaria (2015) señala que, para el 2005, el grupo de niños de 1 a 4 años se presentó una prevalencia de anemia de 33,2%, siendo más frecuente en el sexo femenino, 1,9 puntos porcentuales más que en el masculino. Para el año 2010, esta prevalencia fue de 27,5% siendo mayor en el sexo masculino, 2,3% puntos porcentuales más que en el femenino. En cuanto a la presencia de este evento en grupos étnicos, este dato solo se tiene de la ENSIN 2010, la cual muestra una mayor prevalencia en los afrocolombianos. De acuerdo con el área de residencia en el año 2005 se presentó una mayor prevalencia en el área rural, lo cual coincide con los datos que arrojó la ENSIN 2010 donde también se presenta la mayor prevalencia en esta área (30,8% en el área rural, frente a 26,1% en el área urbana). Según el nivel socioeconómico SISBEN, tanto en los resultados de la ENSIN 2005 como en la de 2010 los niños clasificados en el nivel uno, presentaron una mayor prevalencia de anemia.

Un indicador que llama la atención además de los indicadores relacionados con la primera infancia, es el de prevalencia de anemia en mujeres gestantes y en edad fértil. Ha aumentado, pasando de una prevalencia en gestantes de 17,9% en 2010 a una prevalencia de 26,2% en 2015. La prevalencia en mujeres en edad fértil paso de 7,6% en 2010 a 15,5% en 2015. Lo que refuerza el planteamiento que ya se había hecho con anterioridad en la mesa acerca de fortalecer las prácticas de nutrición adecuada en las mujeres desde el inicio de su etapa fértil.

4 Exceso de peso

El documento ASIS de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2015) señala que el exceso de peso, como indicador antropométrico, comprende la presencia de sobrepeso y obesidad en la población colombiana. En la primera infancia, la prevalencia es de 6,3% y no presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto al 2010.

Tal y como lo señala el Ministerio de Salud y Protección Social, es preocupante por su contribución al riesgo de enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión y cáncer en momentos tempranos del ciclo de la vida. No es lo mismo desde el punto de vista metabólico presentar exceso de peso en edades en la que se está en etapa crecimiento, que en edades en que culminó el crecimiento lineal y el desarrollo (mayores de 19 años), pues el pronóstico de recuperación del peso sano y saludable es reservado y difícil de alcanzar. Colombia viene presentando un proceso de transición nutricional que se manifiesta en el incremento del sobrepeso y de la obesidad en menores de 18 años, con presencia simultánea de varias formas de desnutrición y de carencias nutricionales.

El documento ASIS de Seguridad Alimentaria señala a su vez que la obesidad no es un problema de estratos socioeconómicos altos donde se pensaría que tienen mayor capacidad de compra de alimentos. De hecho, se ha encontrado que la pobreza también se asocia a un mayor consumo de la denominada comida rápida, alta en grasas saturadas, grasas trans, azúcares y sal, los cuales son seleccionados por su mayor oferta y bajo costo. La ingesta de alimentos y de actividad física en los niños y las familias ha ido cambiando en los últimos años; el abandono de la práctica de la lactancia materna, la introducción de alimentos antes de tiempo, la sobrealimentación, así como la alimentación con leche de fórmula, son unas de las principales causas de la obesidad en este grupo de edad.

De acuerdo con los resultados de la ENSIN 2015, la mayor prevalencia de exceso de peso la presentan los hombres con un 7,5%. Por regiones, la región central, la oriental y Bogotá, presentan las prevalencias más altas (7,5%, 6,7% y 6,5% respectivamente).

De acuerdo con los resultados de la ENSIN 2010, el área urbana presenta una mayor prevalencia (19,2%) en relación con el área rural (13,4%). Según el ASIS de Seguridad Alimentaria (2015), el uso de la tecnología, el auge de los alimentos procesados, de las bebidas azucaradas, el poco tiempo con que cuentan las familias para elaborar los alimentos, la falta de espacios públicos para practicar actividad física, incluido el juego, sumados a la inseguridad, son algunos de los posibles factores que están generando estos resultados en la población que reside en las ciudades.

Política pública y marco normativo

En relación con la respuesta institucional, cabe señalar que desde el gobierno se han diseñado múltiples instrumentos de política pública para el abordaje de la situación alimentaria y nutricional, y respecto a la atención a la primera infancia, a partir de los cuales se generará el análisis de la respuesta institucional y la generación de propuestas encaminadas a mejorar la atención en los primeros mil días:

- CONPES 091 de 2005 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015”.

- CONPES 3375 de 2005 “Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias”.

- CONPES 113 de 2008 “Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN)”. Reforma: hacía una Política de Estado para la garantía progresiva del derecho a la alimentación-Conformación del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional CONASAN.

- Acuerdo final para la terminación del conflicto - La Construcción de una Paz Durable y Duradera. En particular el Punto 1: Reforma Rural Integral-RRI.

- Proyecto de decreto “Por el cual se crea el Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación, se modifica la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) y se dictan otras disposiciones”.

En adición a lo anterior, se encuentran los planes estratégicos que soportan las acciones e intervenciones específicas:

Planes estratégicos

- Plan Decenal de Lactancia Materna.
- Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Plan de Acción Primeros 1000 días de vida Colombia 2012 – 2021.
- Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia "De Cero a Siempre".
- Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Propuestas desde Así Vamos en Salud



De acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015, aunque algunos indicadores presentan mejoría en su valor agregado nacional, las brechas regionales se amplían. No se ve mejoría en la situación nutricional en los niños a pesar de todas las acciones relacionadas con la atención integral a la primera infancia. Lo anterior obedece no solo al contexto de inequidades a lo largo del territorio colombiano y que se expresan en las desigualdades en salud nutricional.

A partir de las reflexiones y los análisis generados desde el **Observatorio Así Vamos en Salud**, se identificaron algunos determinantes que trascienden el ámbito de la política pública actualmente en operación así como las propuestas que se desprenden para su abordaje integral.

Ámbito de los determinantes estructurales

Dentro de los determinantes estructurales, entendidos como los contextos sociales y políticos, y a la posición de las personas, se identifica la ***inequidad de género*** no solo frente a los resultados en salud, sino también en la forma en la cual los hombres interactúan con sus parejas y familias frente al cuidado de la salud.

En ese sentido, se hace necesario reconocer que la mujer no solo se le otorga un rol de "ámbito reproductivo y de cuidado del hogar", sino que se da una cuádruple carga de responsabilidades a la mujer: Sobre sí misma, sobre la pareja, sobre sus hijos y como población sujeto-objeto de los programas sociales y de salud pública.

Esto en realidad está reflejando es un cruce de segregaciones debido a los múltiples roles que debe asumir la mujer también en el ámbito productivo y el rol de proveedor. Se configura entonces una "Interseccionalidad" de segregaciones en las cuales el género es solo una más de las posibles manifestaciones, de estructuras sociales de poder que no favorecen la autonomía funcional, socioeconómica y política de las mujeres.

Mejorar la posición social de las mujeres implica entonces modificar contextos sociales y políticos, cambiar formas de producción y consumo, así como develar las estructuras de

poder que subyacen en esta interseccionalidad de múltiples segregaciones, lo cual no se agota en la categoría de género.

Los determinantes estructurales implican también ampliar el concepto de seguridad alimentaria al de soberanía alimentaria, siendo los dos términos no excluyentes, sino complementarios.

Ámbito de los determinantes intermedios

Dentro de los determinantes intermedios se destaca la organización del sistema de salud. Es así como la brecha identificada es la relacionada con la ***atención integral en salud,*** puesto que sigue centrada en la gestión del riesgo y en la atención de la enfermedad. Por tal razón se resalta la necesidad de avanzar hacía un enfoque más promocional y centrado en el desarrollo de autonomía desde una perspectiva de curso de vida.

Aunque en Colombia el 98% de los partos ocurre en las instituciones de salud no hay conexión entre lo que pasa en la institución durante la atención del parto con lo que pasa posteriormente en la casa, no hay seguimiento y se pierde el continuum de la atención integral.

Tal y como lo señala el documento ***"Plan de acción de salud -Primeros 1000 días de vida Colombia 2012-2021"*** este "continuum del cuidado, se refiere por tanto al proceso de brindar atención continua y fluida en al menos tres dimensiones que comprenden: 1. El ciclo de vida; 2. Los lugares donde se presta la atención y 3. Los tipos de intervenciones que prestan los servicios de salud, con el fin de garantizar la disponibilidad y el acceso a las intervenciones basadas en evidencia que permitan mejorar la salud de la madre, las niñas y niños recién nacidos y hasta los dos años de vida".

- Por lo tanto, se debe garantizar que esta atención integral involucre además prácticas de nutrición adecuada en las mujeres desde el inicio de su etapa fértil.

- Lo anterior incluye el fortalecimiento de las rutas de integrales de atención señaladas en instrumentos de política pública como 'De Cero a Siempre' y MIAS entre otras. Implica además retomar el trabajo de los equipos comunitarios dentro del contexto de la Atención Primaria en Salud para así fortalecer las rutas integrales de atención.

- Es necesario enfatizar en la necesidad de retomar una atención primaria renovada, que implica diferenciar claramente para la gestante y el recién nacido, no como binomio sino como individualidades. Diferentes intervenciones claras en lo promocional de la salud, en la gestión del riesgo individual, gestión del riesgo colectivo y más que vigilancia epidemiológica, hacer un monitoreo critico participativo con las mismas mujeres, hombres familias y comunidades como un enfoque de interculturalidad con la población indígena.

- Fortalecer la atención en áreas rurales pasa por la habilitación de los servicios, que cuenten con los requisitos mínimos para cumplir adecuadamente con la prestación de los servicios de salud. Los entes territoriales tienen aquí una responsabilidad importante en la verificación de estos requisitos y de esta forma mejorar la atención básica. Lo anterior se relaciona con

las competencias territoriales de Inspección, Vigilancia y Control, y con el fortalecimiento de capacidades institucionales y técnicas en el territorio (Ley 715/01).

- A su vez es importante resaltar el rol de la mujer en la alimentación familiar y cómo, ésta se ha modificado debido a su inclusión en el mercado laboral (a su vez, determinado por procesos de industrialización). Este es un aspecto que ha modificado inclusive la práctica de la lactancia materna, considerado como factor protector frente a los diferentes tipos de malnutrición no solo en menores, sino que se relaciona con disminución de la prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) en adultos.

- Por tal razón se debe ampliar la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el Entorno Laboral, puesto que son aún pocas las entidades que adoptan y adaptan estas medidas en sus instalaciones, lo cual impide que las lactantes puedan acceder a este beneficio, muchas veces por desconocimiento.

- Frente al aumento de sobrepeso y obesidad principalmente en las zonas urbanas, se debe revisar que se está haciendo en relación con la política de actividad física.

- Respecto a las brechas en la disponibilidad de ***talento humano en salud***, se hace necesario revisar la oferta de nutricionistas, ya que actualmente hay un déficit y la responsabilidad de funciones como toma de peso y talla, recae en el personal auxiliar de enfermería que no posee las competencias básicas. Por lo tanto, se debe fortalecer la formación de los profesionales en nutrición, medicina y enfermería en competencias básicas como toma de peso y talla, así como en puericultura.

- El Ministerio de Salud y Protección Social debe asumir un papel mucho más activo frente al liderazgo en el control sobre los contenidos curriculares básicos de la formación de los profesionales de la salud. Los currículos se deben actualizar frente a las necesidades actuales en salud del país.

- También se debe hacer un llamado a la responsabilidad social de las universidades frente a la formación de los profesionales de la salud y de otras áreas sociales si realmente se quiere tener un impacto en los determinantes sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Documento técnico 'Plan de acción de salud -Primeros 1000 días de vida Colombia 2012-2021'. Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Documento técnico 'Análisis de Situación de Salud: Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Colombia 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2015. Resultados preliminares. Ministerio de Salud y Protección Social.

Así Vamos en Salud®

asivamosensalud.org

Participantes en las mesas

Agradecemos a los expertos que nos acompañaron con sus aportes en las mesas de trabajo.

Mesa de Sostenibilidad Financiera

Augusto Acosta
Nelcy Paredes
Gilberto Barón
Claudia Vacca
Jairo Humberto Restrepo Zea
Olga Lucía Acosta
Daniel Castellanos
José Ignacio Zapata
José Luis Méndez

Mesa MIAS

Juan Gonzalo López
Fernando Ruiz
Carlos Eduardo Jurado
Lina González
Darío Londoño Trujillo
Luis Alejandro Gómez

Mesa de Talento Humano en Salud

Ana María Arango
Gerardo Medina
Renata González
Betty Almanza
Stella Páez de Bolívar
Luis Carlos Ortiz
Orlando Jaramillo
Luis Jorge Hernández
Pablo Martínez
Carolina Prada
Carolina Monrroy
Clara Sánchez Herrera
María Clara Rodríguez

Salud Sexual y Reproductiva

Adriana Duarte Godoy
Diego Arbeláez
Fernando Pío De la Hoz Restrepo
Fidel Morales
Gloria Del Pilar Cardona
Johana Torres
Jorge Rojo
Juan Carlos Vargas
Luz Marcela Sánchez
Marilena Esthela Márquez
Mary Luz Mejía
Sol Angie Galindo
Juan Carlos Rivillas
Jorge Rojo

Salud Mental

Astrid Triana
Edwin Herazo
Ana María Ortiz
Julián Moreno
Laura Rocío Angarita González
María Helena Restrepo
Nubia Torres
Rodrigo Loperi
Zulma Urrego
Lina González
Mónica Varona
Luis Alejandro Gómez
José Luis Méndez

Situación Nutricional

Ana María Ángel
Angelica María Claro
Gloria Yaneth Pinzón
Berta Forero
Lina Barrera
Andrea Moya
Luisa Fernanda Rojas Sandoval
María Victoria Benjumea
Pamela Góngora
Samantha Agudelo Cañas
Sandra Vargas
Manuela Dumit

Agua y Saneamiento Básico

Alejandro De La Torre
Andrea Medina
Carel Carvajal
Cesar Torres
Diana Carolina Rubio
Giradu Cifuentes Cifuentes
Guillermo Álvarez Henao
Jasblehidy Lizarazo Bejarano
Jorge Cabalier
Juan Felipe Jaramillo
Mario Opazo Gutiérrez
Natalia Arroyabe
Sandra Camacho
Víctor Alberto Olano
Darío Londoño Trujillo
Héctor Rueda Cadena
Elizabeth Borrero Roldan

Alimentación en los 1000 días

Luis Jorge Hernández
Catalina González
Paola Rueda
Kenny Trujillo
Inés Botero
Gina Arocha
Patricia Farías
Ana María Ortiz
Adriana Espinosa
Elisa María Cadena
Luz Angela Ochoa
Manuela Dumit



Observatorio

Así Vamos en Salud

Tel: (+571) 3480419
Cll 78 No. 9-57 ,Of. 701
Bogotá, Colombia
comunicaciones@asivamosensalud.org