

Política de Atención Integral en Salud (PAIS), “Hacia Mejores Condiciones de la Salud” en Colombia.

Comprehensive Health Care Policy (PAIS), "Towards Better Health Conditions" in Colombia.

Politique Globale de Soins de Santé (PAIS), "Vers de Meilleures Conditions Sanitaires" en Colombie

Política de Saúde Integral (PAIS), "Para Melhores Condições de Saúde" na Colômbia.

Para citar este artículo:
Ospina- Campo, J. (2020).
“Política de Atención Integral en Salud (PAIS), “Hacia Mejores Condiciones de la Salud” en Colombia”. In *Vestigium Ire*. Vol. 14-1, pp. 77-91.

José Ospina Campo¹

Fecha de recepción: 01 de noviembre de 2019

Fecha de aprobación: 16 de junio de 2020

Resumen

La salud, como objetivo (WHO, 1983) y hecho social, incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de calidad suficiente (WHO, 2017). En Colombia, la acción política por la salud en los últimos años se ha centrado en la exigencia y la justicia frente a esta como derecho fundamental, haciendo necesario discusiones críticas, del contenido y de aquello que lo fundamenta (Franco Cortés & Roldán Vargas, 2015). Este artículo se construye aplicando un supuesto básico del método hermenéutico con el objetivo de comprender, desde la Política de Atención Integral en Salud, promulgada por la Resolución 429 de 2016, la reorientación de los objetivos del sistema de salud en el país.

Palabras claves: Derecho a la Salud, Política de la Salud, Sistema de Salud, Atención Primaria en Salud, Colombia.

Abstract

Health, as an objective (WHO, 1983) and social fact, includes timely, acceptable and affordable access to care of sufficient quality (WHO, 2017). In Colombia, political action for health in recent years has focused on the demand and justice in the face of this as a fundamental right, making necessary critical discussions, of the content and what it is based on (Franco Cortés & Roldán Vargas, 2015). This article is built by applying a basic assumption of the hermeneutic method with the aim of understanding, from the Comprehensive Health Care Policy,

¹ Especialista auditoria en Salud, Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en salud, Universidad Santo Tomás Seccional Tunja. Correo electrónico: jose.ospina@usantoto.edu.co, thebigshoes@hotmail.com Orcid: <http://0000-0002-0152-7192> Valledupar, Cesar – Colombia

promulgated by Resolution 429 of 2016, the reorientation of the objectives of the health system in the country.

Key words: Right to Health, Health Policy, Health System, Primary Health Care, Colombia.

Résumé

La santé, en tant qu'objectif (OMS, 1983) et fait social, comprend l'accès en temps voulu, acceptable et abordable à des soins de qualité suffisante (OMS, 2017). En Colombie, l'action politique en faveur de la santé ces dernières années s'est concentrée sur la demande et la justice face à ce droit fondamental, rendant nécessaire des discussions critiques, sur le contenu et sur ce sur quoi il est basé (Franco Cortés & Roldán Vargas, 2015). Cet article est construit en appliquant une hypothèse de base de la méthode herméneutique dans le but de comprendre, à partir de la politique globale de soins de santé, promulguée par la résolution 429 de 2016, la réorientation des objectifs du système de santé dans le pays.

Mots clés : droit à la santé, politique de santé, système de santé, soins de santé primaires, Colombie.

Resumo

A saúde, como objetivo (OMS, 1983) e facto social, inclui o acesso atempado, aceitável e acessível a cuidados de saúde de qualidade suficiente (OMS, 2017). Na Colômbia, a acção política para a saúde nos últimos anos tem-se centrado na procura e na justiça face a esta como um direito fundamental, tornando necessárias discussões críticas, do

conteúdo e daquilo em que se baseia (Franco Cortés & Roldán Vargas, 2015). Este artigo é construído aplicando um pressuposto básico do método hermenêutico com o objetivo de compreender, a partir da Política Integral de Cuidados de Saúde, promulgada pela Resolução 429 de 2016, a reorientação dos objetivos do sistema de saúde no país.

Palavras-chave: Direito à Saúde, Política de Saúde, Sistema de Saúde, Cuidados de Saúde Primários, Colômbia.

Introducción

La salud, un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (WHO, 2006); es una síntesis, de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece biológicamente en el cuerpo, el ambiente, las relaciones sociales, la política y la economía internacional (Alcántara Moreno, 2008); en el que se ejercen normalmente todas estas funciones (Real Academia Española, 2017). Como objetivo (WHO, 1983), y hecho social, material e inmaterial (Alcántara Moreno, 2008), para el goce del grado máximo que se pueda obtener, es uno de los derechos de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social (WHO, 2006); e incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de calidad suficiente (WHO, 2017).

En Colombia, mientras la ley 74 de 1968 aprobó los "Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos [...]"⁶, aún

internacionales, dentro de los cuales, el Art.12.1 señala textualmente que "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (Congreso de Colombia, 1968).

⁶ Continuación], así como el Protocolo Facultativo de este último, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación Unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966". En el artículo único de la ley 74, el Congreso de Colombia aprueba los pactos



después de la crisis del 80⁷, con la Constitución Política de 1991, la salud se establece, inicialmente, como derecho fundamental para los niños⁸, y “el bienestar general⁹”, una de las finalidades sociales del Estado. Para 1993, con la Ley 100, queda inmersa en el Sistema de Seguridad Social Integral dentro de la prestación de servicios, hasta 2015, en virtud a la Ley 1751, se transforma a derecho fundamental (Congreso de la República, 2015), promoviendo con ello la reforma del sistema de salud, dirigida “hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Como Estado Social de Derecho (República de Colombia, 2016), teniendo en cuenta que, toda política pública debe respaldarse en la normativa del país (Gómez R. D., 2012), en salud, luego de la promulgación como derecho fundamental, se expide la Resolución 429 en 2016:

Por la cual se adopta la Política de Atención en Salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) y con ella una serie de elementos

normativos de importancia para su implementación en el territorio colombiano, donde acciones investigativas, en este caso desde la revisión temática¹⁰, permiten entender la política pública y el contexto jurídico alrededor, en razón a, como dice Gómez y otros, mejorar la toma de decisiones de cuatro formas: advirtiendo sobre problemas que podrían ser prioritarios, guiando a los actores hacia mejores decisiones, reconceptualizando los problemas para facilitar su comprensión y movilizando apoyos hacia una determinada propuesta (Gómez, Orozco, Rodríguez, & Velásquez, 2014).

Por ello, en consideración de lo anterior, se concibe la construcción de este artículo, como producto de lectura de la Resolución 429 de 2016 y la revisión de los considerados presentes en la normativa que promulga la PAIS¹¹, una “Nueva Política”, la cual reorganiza la prestación de los servicios a partir del sistema de salud, estructurando “un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Cambios que parecen estar presentando dificultades en la implementación¹², en virtud a la falta

⁷ En la crisis de los 80’ se observaba la persistente debilidad política del Estado manifiesta en la falta de credibilidad, confianza y de legitimidad. Para el 88, la violencia en el país incluía, no solamente a las guerrillas, sino también toda manifestación ideológica de reivindicación social y defensa de los derechos humanos (Leal Buitrago & Zamosc, 1991)

⁸ Art. 44, Constitución Política de Colombia (República de Colombia, 2016).

⁹ Art. 366, Constitución Política de Colombia (República de Colombia, 2016)

¹⁰ Las cuales cumplen una función fundamental al sintetizar los resultados de la literatura y de otras fuentes (Vargas, 2009).

¹¹ Política de Atención Integral en Salud.

¹² Ejemplos recientes están en las modificaciones realizadas durante el 2019 a la Política en Salud: Res. 276, que modifica la Res. 3280 de 2018 para aumentar el plazo de implementación de algunas intervenciones; Res. 489, que modifica la progresividad y gradualidad en la implementación de la Res. 429 de 2016 y, por último, la Res. 2626

de claridad sobre la estrategia planteada, donde la Atención Primaria en Salud requiere ser fortalecida y mejorada; sumado a los posibles imaginarios generados a partir de este marco legal, se hacen necesario procesos de investigación, a fin de comprender las decisiones del Estado, el cual, frente al contexto histórico nacional desde 2015, ha cambiado algunos elementos de enfoque para la salud de las personas, especialmente, desde la “Política de Atención Integral en Salud” que, de acuerdo al art. 1° de la Resolución, atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población de los colombianos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Método y Materiales

Este artículo se construye a partir del ejercicio cualitativo de revisión temática, descriptivo y corte hermenéutico, que parte de la comprensión y el conocimiento de la PAIS, captando el sentido de los fenómenos sociales en un marco de referencia específico (Lenin, 2014). Para ello, en concordancia con Gadamer¹³ y los componentes fundamentales del método hermenéutico, se realizó la revisión de la bibliografía a través de búsqueda avanzada en las bases de datos EBOOK, SCOPUS y PROQUEST, además de las publicaciones realizadas por la OMS y OPS. Los

descriptores DeSC utilizados para la ecuación fueron, Derecho Fundamental a la Salud AND Política de Atención en Salud AND Sistema de Salud, el objetivo fue comprender el contexto mundial de la salud como derecho fundamental en el que se construyó y se promulgó la PAIS; en un segundo ejercicio, se adicionó a la ecuación de búsqueda “AND Colombia” a los descriptores mencionados, para tener un referente sobre las condiciones en las que se encontraba la salud a nivel territorial. Los criterios de inclusión y de exclusión estuvieron sujetos a la pertinencia de los artículos, de acuerdo al abordaje del derecho fundamental a la salud y relacionados con el desarrollo y ejecución de políticas en salud.

El ámbito de contemplación se fijó en la lectura de la Resolución 429 de 2016, abarcando las leyes señaladas en el documento por el Ministerio de Salud y de Protección social (MSPS) para trazar la PAIS. La obtención de la normativa necesaria, para garantizar la veracidad del dato, se realizó mediante los documentos del Normograma, herramienta que, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1083 de 2015¹⁴, presenta el inventario de leyes, decretos, resoluciones y circulares del periodo comprendido entre los años 2012 – 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Por último, se procedió a realizar la discusión y a presentar los resultados obtenidos que describen como la política de atención

para finales de septiembre del año en mención, por la cual se modifica la PAIS.

¹³ Hans-Georg Gadamer, de la tradición hermenéutico-fenomenológica, consideraba, en conjunto con Martin Heidegger, que la comprensión e interpretación se relacionan de manera circular, en lo que consideró círculo hermenéutico, para comprender el todo, lo que hace posible una interpretación adecuada del asunto. Para Gadamer, el supuesto básico propone la idea de que toda comprensión implica una serie de presupuestos o estructuras previas a la misma

comprensión; una situación histórica y un campo de contemplación (Lenin, 2014).

¹⁴ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”, sustituido en su Título 22 de la Parte 2 del Libro 2, por el Decreto 1499 de 2017, mediante el cual se establece el objeto e instancias de dirección y coordinación del sistema de gestión, creado por el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).



orienta el sistema de salud a centrarse en el ciudadano.

Discusión y Resultados

Inicialmente, de la revisión bibliográfica para comprender el desarrollo del derecho a la salud, fueron preseleccionados 62

documentos, de los cuales 22 soportaron la situación histórica, entre artículos de revistas y libros (Tabla 1), con los que se construyó el contexto en el que se promulgó la PAIS.

Tabla 1. Documentos seleccionados para conocer la situación histórica del abordaje del derecho fundamental a la salud y el desarrollo y ejecución de políticas en salud.

N°	Autor(es)	Título	Año
1	Leal Buitrago, Francisco; Zamosc, León	Al filo del caos: crisis Política en la Colombia de los años 80.	1991
2	Cortés González, Juan Carlos	Reforma al sistema de salud, comentarios a la ley 1438 de 2011.	2011
3	Gómez, Rubén D A.	Gestión de políticas públicas: aspectos operativos	2012
4	Despacho Procurador General	Audiencia pública en el congreso de la república ponencia sobre “alta cirugía para el sistema de salud colombiano”.	2012
5	Rocha Buelvas, Anderson	Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada	2012
6	Restrepo, Diego A; López, Luis E.	La unidad de pago por capitación: 17 años en el sistema general de seguridad social en salud.	2012
7	Franco Giraldo, Álvaro.	Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo.	2014
8	Gómez, Rubén Darío A; Orozco, Deisy Alejandra; Rodríguez, Fabio León; Velásquez, William.	Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión.	2014
9	Cano Blandón, Luisa Fernanda	La narrativa de las políticas públicas en la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana.	2014
10	Franco Giraldo, Álvaro.	El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS).	2015
11	Giraldo Piedrahita, Fernando	Expresión de tres perspectivas de la justicia social en la organización de los sistemas de salud.	2015

12	Franco Cortés, Ángela María; Roldán Vargas, Ofelia	Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho.	2015
13	Bernal, Oscar; Barbosa, Samuel	Ensayo la nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud.	2015
14	Santos Ospina, Andrés; García Molina, Mario; Chicaiza Becerra, Liliana	¿crisis financiera o de gestión? Evolución del sector salud desde la perspectiva de los entes territoriales.	2015
15	Bonet Morón, Jaime; Guzmán Finol, Karelys	Un análisis regional de la salud en Colombia.	2015
16	Chiara, Magdalena	Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación.	2016
17	Laurell, A. C.	Las reformas de salud en américa latina: procesos y resultados	2016
18	Ayala Rodríguez, Iveth Susana	Tensión entre el carácter fundamental del derecho a la salud y la sostenibilidad fiscal y financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud.	2017
19	Daza Castillo, Luis Antonio	Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reforma a la salud de 2013.	2017
20	Jiménez Herrera, Sandra Milena	Evolución del derecho fundamental a la salud en Colombia: una revisión sistemática de la literatura y la jurisprudencia.	2017
21	Almeida, G; Artaza, O; Donoso, N; Fábrega, R	La atención primaria de salud en la región de las américas a 40 años de Alma-Ata.	2018
22	Moya Sáenz, Olga Lucia.	La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿una actividad que podría quedar en el olvido?	2018

Fuente: Construcción del Autor

El contexto a la promulgación de la PAIS

Anteriormente, los sistemas de salud latinoamericanos fueron predominantemente públicos. En 1993 con el informe del Banco Mundial “Invertir en Salud”, en algunos países

se generan dos grandes reformas que reorientan dichos sistemas, en las cuales, la primera, deja la salud en responsabilidad de los individuos al ser un ‘bien privado’, [...]. La segunda, se centra en el aseguramiento, la definición y establecimiento de costes de



paquetes de servicios, la competencia y el subsidio público para respaldar el mercado. Este modelo, conocido como la ‘Cobertura Universal de Salud’ (CUS), suprime la idea del derecho universal a la salud y tiene una fuerte orientación mercantilizadora y privatizadora. Ejemplifican los casos Chile, Colombia y México (Laurell, 2016), países que buscaron un sendero de convergencia en los mecanismos de aseguramiento entre el sector público y la seguridad social (Báscolo, Houghton, & Del Riego, 2018).

A nivel nacional, con el pretexto de ampliar la cobertura de los servicios y mejorar la eficiencia del sector, el modelo de atención, desde un enfoque neoliberal, abre al sector privado el campo de la atención a la enfermedad y el aseguramiento del riesgo de enfermar o morir, generando desde el sistema de salud¹⁵ pérdidas progresivas del derecho y de la autoridad estatal, configurando lo que se nombró insistentemente como la “crisis” de la salud, que se quiso resolver con ajustes a la reforma inicial¹⁶, las cuales “lejos de reconocer el derecho a la salud, conservaban lo esencial del modelo de negocio” (Franco Cortés & Roldán Vargas, 2015).

En 2008, con la controvertida “emergencia social de salud”, queda en evidencia una extensa corrupción y colusión que había facilitado fraudes y desvíos de muchos recursos, además de la intención de autorizar al presidente legislar por decreto y subordinar a la salud como derecho a la disponibilidad de recursos financieros que dependía de las decisiones políticas del mismo gobierno. Tentativa que fue desmontada por la Corte Constitucional declarando la emergencia anticonstitucional (Laurell, 2016).

Para el 2011, en Colombia, la salud, desde la ciencia jurídica, se consideraba un derecho solo por desarrollo jurisprudencial, en la norma

aún se consideraba solo como una condición o estado del ser y la facultad jurídica radicaba en la atención requerida para promover, restaurar, conservar o reparar dicho estado (Cortés, 2011), obsérvese, por ejemplo, los datos presentados por Moya Sáenz sobre el volumen de atenciones, del periodo comprendido entre 2009-2015, donde 49.314.300 personas demandaron la prestación de 1.563.229.793 atenciones (Moya Sáenz, 2018).

El sistema de salud, presentaba al aseguramiento universal en salud como el resultado más destacado. Para 2015, de acuerdo con Santos Ospina y Otros, el porcentaje de aseguramiento era muy cercano al 95 %, en el que la tasa de afiliación del régimen subsidiado era cercano al 50 % de la población afiliada, lo cual aumentaba las condiciones de insostenibilidad financiera, reflejada en el bajo pago de los servicios de salud a los hospitales públicos conformados como Empresas Sociales del Estado, que para 2013 – 2014, cuatrocientos cincuenta y cuatro (454) debían adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Santos, García, & Chicaiza, 2015).

El modelo de seguridad social había demostrado logros en afiliación, uso de servicios y reducción de gasto de bolsillo, sin embargo, cómo lo expresa Ospina y otros, lo cuestionable es enmarcar un derecho constitucional como la salud frente a un objetivo de sostenibilidad fiscal (Santos, García, & Chicaiza, 2015), el cual, hace que los esfuerzos por implementar el espíritu de Alma-Ata parezcan contracorriente (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018).

Ante la permanente necesidad de un modelo diferencial para poblaciones especiales y en

mejorar la salud de una población (Restrepo & López, 2012).

¹⁶ Para el 2007, Ley 1122 y en 2011, Ley 1438.

¹⁵ Entendido como el conjunto de organizaciones, recursos y elementos que buscan principalmente

zonas dispersas, teniendo en cuenta que estas representan alrededor de 70 % del territorio nacional, el Estado apuesta por la Atención Primaria en Salud (APS), un mejor enfoque en la prevención y un aumento en la resolutiveidad de los servicios brindados en el primer nivel de atención que permitan tener un acceso real a la salud, para lo cual, se hace importante definir cómo se debe enfocar la atención primaria, en razón a los diversos modos en los que se puede entender un nivel de complejidad de servicios (primer nivel de atención), un programa o un paquete de servicios, o una estrategia o política para lograr un conjunto de resultados sanitarios (Franco Giraldo, 2015).

Política de Atención Integral En Salud (PAIS)

La PAIS, promulgada por medio de la Resolución 429 de 2016, atiende a la

naturaleza del derecho fundamental a la salud orientando los objetivos del sistema de salud, hacia mejores condiciones de la salud de la población, a través de la regulación de los actores responsables de garantizar las intervenciones.

De la revisión del marco legal, entre 2015 y 2018, a través del Normograma, los considerados normativos y de soporte de la política en salud (Tabla 2) reconocen en la PAIS dos marcos de acción. El marco estratégico, se fundamenta en APS, que, de acuerdo a la declaración de Astaná, es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU); los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (WHO, 2018) y en los enfoques de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial.

Tabla 2. Campo de contemplación, considerados normativos que soportan la Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en Colombia.

No	Tipo de Documento	Número de la Norma	Fecha de Emisión			Observaciones
			Día	Mes	Año	
1	Ley	1751	16	2	2015	Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.
2	Ley	1753	9	6	2015	Modificada por la Ley 1796 de 2016
3	Ley	1797	13	6	2016	Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
4	Decreto	780	6	5	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
5	Resolución	429	17	2	2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.
6	Resolución	1441	21	4	2016	Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.



7	Resolución	3202	25	7	2016	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS y se dictan otras disposiciones.
8	Resolución	3280	2	8	2018	Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
9	Circular	15	8	3	2016	Lineamientos para incorporar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)
10	Circular	35	16	10	2018	Continuidad e integralidad en la prestación de los servicios de salud

Fuente: Construcción del Autor con base al Normograma – Minsalud.

El marco operacional corresponde al MIAS¹⁷, el cual comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS, con miras a garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), en una visión que

se centra en el sujeto de atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), con el propósito de lograr una planeación de los servicios de salud adaptable, coherente con sus necesidades y el entorno¹⁸, como se puede observar al revisar las acciones y los objetivos de cada uno de los componentes del MIAS (Ver tabla 3).

Tabla 3. Acciones y objetivos de los componentes del MIAS, de acuerdo a lo enmarcado en la PAIS.

N°	Acción	Objetivo
1	<p><i>Caracterización de la Población.</i></p> <p>Consiste en la organización poblacional según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas.</p>	Planear los medios para brindar los servicios que se le prestará a la población, coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

¹⁷ Modelo Integral de Atención en Salud.

¹⁸ Entiéndase desde una dimensión de territorial, dada la relación existente entre la capacidad del acceso y el tipo de territorio.

2	<p align="center"><u><i>Delimitación Territorial del MIAS.</i></u></p> <p>El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbano, con alta ruralidad y disperso.</p>	<p>Ajustar en cada ámbito territorial la atención, partiendo de los integrantes del sistema, en consideración a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto.</p>
3	<p align="center"><u><i>Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.</i></u></p> <p>Las RIAS son una <i>herramienta obligatoria</i>, orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos donde se desarrolla, así como aquellas intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.</p>	<p>Definir las condiciones necesarias que aseguren la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado a ejecutar.</p>
4	<p align="center"><u><i>Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS.</i></u></p> <p>Se hace operativa mediante la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS, el seguimiento de cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción, manejo e interoperabilidad de la información entre los integrantes del sistema.</p>	<p>Anticipar la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública.</p> <p>Controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad.</p> <p>Prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.</p>
5	<p align="center"><u><i>Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.</i></u></p> <p>Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un ámbito territorial definido, que comprende un componente primario y un componente complementario para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud.</p>	<p>Garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población.</p> <p>Garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.</p>
6	<p align="center"><u><i>Redefinición del rol del asegurador</i></u></p> <p>Se resalta el deber del asegurador de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interactuar, en cada territorio, con la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales de salud • coordinar las acciones necesarias para la efectiva gestión del riesgo en salud. 	<p>Promover en el asegurador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la gestión de riesgo financiero. 2. la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados. 3. la interacción con los demás integrantes del Sistema, dentro

	<ul style="list-style-type: none"> • fortalecer la capacidad para gestión de la información e indicadores. 	<p>de cada ámbito territorial definido para el MIAS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. la capacidad de gestión de las redes integrales de prestación de servicios de salud. 5. la capacidad de gestión para representar el usuario.
	<i>Redefinición del Esquema de incentivos.</i>	
7	Se debe desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica.	Orientar y alinear a los aseguradores, prestador y proveedores de insumos hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención alrededor de los resultados en salud.
	<i>Requerimientos y procesos del sistema de información.</i>	
8	La operación del MIAS exige ajustes SISPRO ¹⁹ , para ello, se debe desarrollar un conjunto mínimo de datos, centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad con estándares (semánticos y sintácticos), integrados con interoperabilidad, bajo arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles.	<p>Integrar los componentes del modelo.</p> <p>Asegurar que la información del conjunto mínimo de datos esté disponible para los integrantes.</p> <p>Respetar la reserva de los datos.</p>
	<i>Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS.</i>	
9	<p>A nivel nacional se deben implementar acciones en cuatro ejes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la formación. • la armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios. • el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud. • el mejoramiento de condiciones laborales. 	Promover el desarrollo de competencias dentro del recurso humano en salud, necesarias para construir la integralidad de la prestación de servicios tendientes a garantizar el derecho fundamental a la salud.
10	<i>Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.</i>	Profundizar sobre temas relacionados con:

¹⁹ Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social

El Ministerio establece seis (6) retos de innovación e investigación en sistemas de salud para enmarcar en las agendas de investigación del país a nivel nacional y regional.

Igualmente, se debe fortalecer la capacidad de investigación en salud pública.

1. rectoría del sistema de salud.
2. sostenibilidad financiera del sistema de salud.
3. gestión eficiente de los recursos humanos en salud.
4. fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes.
5. mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas.
6. acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud.

Fuente: Construcción del Autor con base al Art 5 de la Res. 429 de 2016.

Conclusiones

La definición de la salud como derecho fundamental implica acoger y traducir en políticas públicas las características y los principios rectores de los derechos humanos (Giraldo, 2015). En Colombia, la acción política por la salud se ha centrado en la exigibilidad y la justicia en torno a la salud como derecho fundamental, haciendo necesaria discusiones críticas, del contenido y de aquello que lo fundamenta (Franco & Roldán, 2015), lo que promueve el desarrollo de ejercicios de investigación permanentes, especialmente de revisión de la normatividad, para tener una visión más amplia y comprender las decisiones estatales, a partir de una reflexión profunda de estos fenómenos sociales, en razón a los marcos legales que regulan la sociedad y el sistema de salud, donde, el valor de la investigación y su influencia sobre el proceso político, se relaciona con la capacidad de los estudios para generar conocimiento útil que facilite y racionalice la toma de decisiones, generando cambios socialmente benéficos (Gómez, Orozco, Rodríguez, & Velásquez, 2014).

Este ejercicio de revisión, a fin de profundizar sobre la Política de Atención en Salud

colombiana desde algunos postulados del círculo hermenéutico de Gadamer y el uso del Normograma de la página del Ministerio de Salud, concluye que, gracias a la promulgación de la Ley 1751 de 2015, se hace más visible la necesidad de realizar cambios dentro del Sistema de Seguridad Social Integral, en razón a garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (Congreso de la República de Colombia, 1993), coherente para un concepto que se mantiene igual hace 25 años. En términos sencillos, la PAIS viene a transformar el rol del Estado desde la regulación de la intervención de los actores y a redefinir el rol del asegurador; fundamentando las acciones en salud en el marco de la Atención Primaria en Salud, tan olvidada pero con la capacidad para permear los discursos en las orientaciones de políticas y organizar la práctica de los equipos de salud, ser actualizada a los nuevos escenarios (Chiara, 2016); involucrar la promoción de la salud, la participación social y la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (Báscolo, Houghton, & Del Riego, 2018), estos últimos, muy pocos comprendidos y utilizados en beneficio de



estrategias más efectivas; definiendo desde la implementación de los componentes operacionales, herramientas que impacten en los procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales a nivel del país. Necesarios para la generación de mejores condiciones de la salud de la población en Colombia. Conflicto de intereses: Ninguno declarado por el autor.

Referencias

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49472/v42e1262018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). ENSAYO La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Revista Salud Pública de México*.
- Chiara, M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/2046773310/fulltextPDF/D6EE04161C414B63PQ/1?accountid=43592>
- Congreso de Colombia. (1968). LEY 74. Bogotá. Obtenido de https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/upload/SIIC/Jurisprudencia/antes1991/ley_74_de_1968.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. Bogotá D.C.
- Congreso de la República. (2015). LEY 1751. Bogotá D.C., Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>
- Cortés González, J. C. (2011). Reforma al sistema de Salud, Comentarios a la Ley 1438 de 2011. *LEGIS*.
- Franco Cortés, Á. M., & Roldán Vargas, O. (2015). Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1708884612/fulltextPDF/C72A13093ED94A6DPQ/1?accountid=43592>
- Franco Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*.
- Giraldo Piedrahita, F. (2015). Expresión de tres perspectivas de la justicia social en la organización de los sistemas de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1812529275/fulltextPDF/COEDC66912F1464CPQ/1?accountid=43592>
- Gómez, R. D. (2012). Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1648624060?accountid=43592>

- Gómez, R. D., Orozco, D. A., Rodríguez, F. L., & Velásquez, W. V. (2014). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1675915508?accountid=43592>
- Gómez, R. D., Orozco, D. A., Rodríguez, F. L., & Velásquez, W. V. (2014). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1675915508/fulltextPDF/ADD9C16C2CF448C0PQ/1?accountid=43592>
- Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1843256324/fulltextPDF/3FAEA3F05E074914PQ/1?accountid=43592>
- Leal Buitrago, F., & Zamosc, L. (1991). *Al filo del caos: Crisis Política en la Colombia de los años 80*. Colombia: Tercer Mundo Editores.
- Lenin, N. C. (2014). *Epistemología y metodología*, Grupo Editorial Patria, Obtenido de <https://elibro.net/es/lc/biblioupc/titulos/39400>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 3202. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 429. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Consultado el 15 de octubre de 2018). Normograma. Obtenido de Ministerio de Salud y de la Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/normograma.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280. Bogotá D.C.
- Minsalud. (2016). Política de Atención en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Moya Sáenz, O. L. (2018). La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 96 - 111. DOI:10.11144/javeriana.rgps17-34.spap
- Real Academia Española. (2017). *Salud*. Obtenido de *Diccionario de la Lengua Española*: <http://dle.rae.es/?id=X7MRZku>
- República de Colombia. (2016). *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 Actualizada con los Actos Legislativos a 2016*. Bogotá D.C.: Corte Constitucional. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
- Restrepo, D. A., & López, L. E. (2012). La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Obtenido de <https://search.proquest.com/docview/1648855048?accountid=43592>
- Santos Ospina, A., García Molina, M., & Chicaiza Becerra, L. (2015). ¿Crisis financiera o de gestión? Evolución del sector salud desde la perspectiva de los entes territoriales. *Apuntes del CENES*. Obtenido de <https://revistas.uptc.edu.co/index.php/cenes/article/view/4151/3586>
- Vargas, W. L. (2009). *Acerca de la escritura de artículos científicos*. Recuperado el



noviembre de 2018, de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ibibliotecauniboyacasp/detail.action?docID=3184825>.

WHO. (1983). CONTRIBUCION DE LA SALUD AL DESARROLLO SOCIOECONOMICO. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/198517/WHA36_13_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. (2006). Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Obtenido de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

WHO. (29 de diciembre de 2017). Salud y derechos humanos. Obtenido de Centro de Prensa: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

WHO? (2018). Declaration de Astaná. Astaná (Kazajstán): World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Obtenido de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1>

