



La paz con
legalidad
es de todos

Gobierno
de Colombia

8

Plan Nacional de Salud Rural

• **Ministerio de Salud y Protección Social**

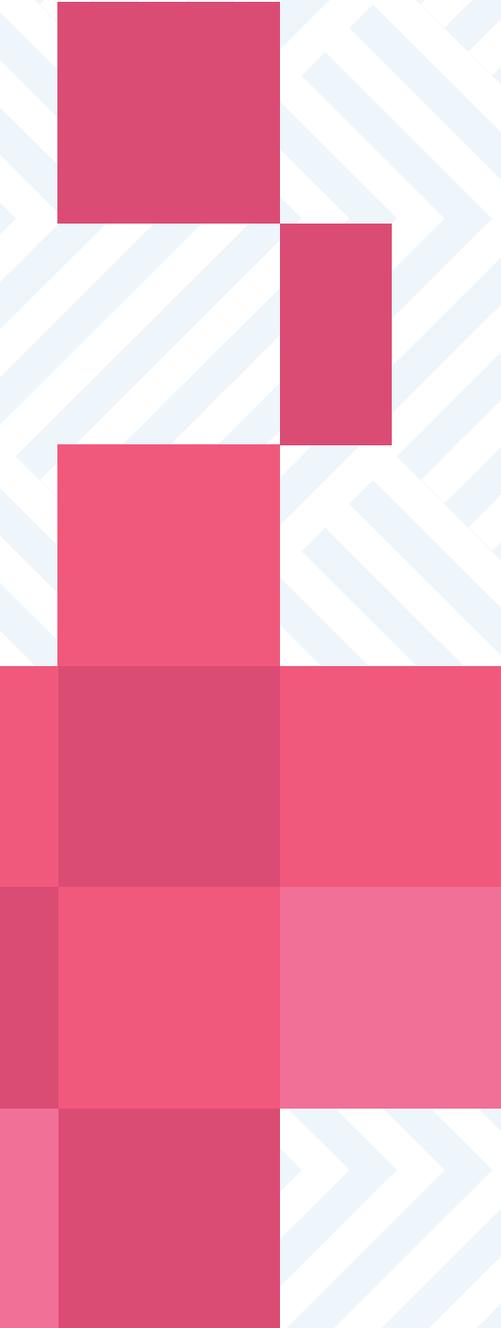
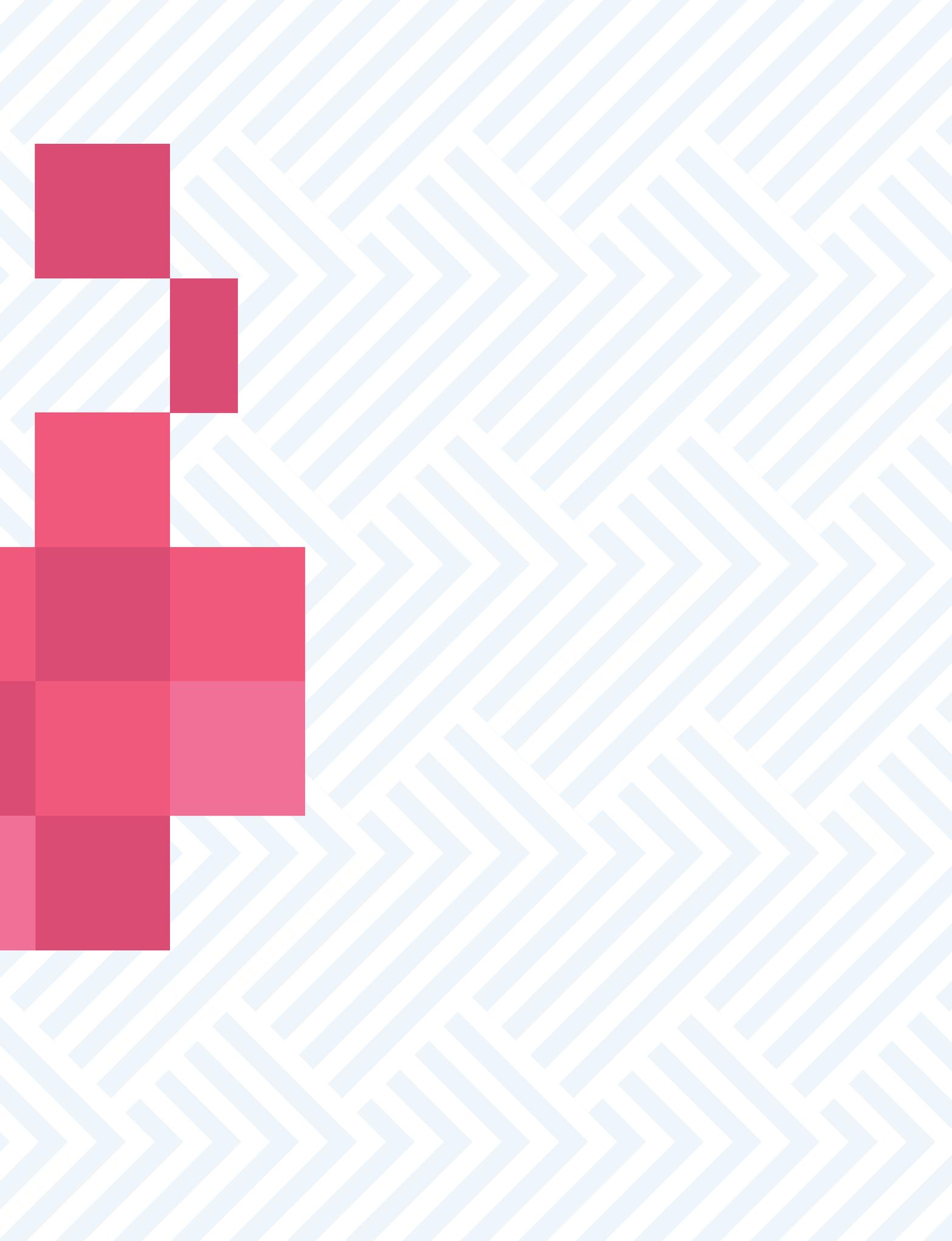


16

Planes Nacionales
Sectoriales

Paz con
Legalidad

Construir sobre lo
YA
Construido



Factor Social





La paz con
legalidad
es de todos

Gobierno
de Colombia

Iván Duque Márquez

Presidente de la República

Marta Lucía Ramírez de Rincón

Vicepresidente de la República

María Paula Correa Fernández

Jefe de Gabinete Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE)

Víctor Muñoz

Director Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE)

Emilio José Archila

Consejero Presidencial para la Estabilización y la Consolidación (CPEC)

Alejandra Botero Barco

Directora Departamento Nacional de Planeación (DNP)



La paz con
legalidad
es de todos

Gobierno
de Colombia

Elaboración y Redacción

Ministerio de Salud y Protección Social

Equipo Editorial

Gestión y Revisión de Contenido

Lucas Peña Lopera

Maria Juliana Navarrete

Diseño y Diagramación

Andres Castro Barreto

Apoyo del Equipo de Gestión de Información de la CPEC - PMI

Sumario

Plan Nacional de Salud Rural

1. Introducción.....	11	6.3.1 Fortalecimiento de la infraestructura	46
2. Análisis de la situación de salud rural en Colombia	14	6.3.2 Formación y gestión del talento humano en salud	48
3. La importancia de la salud rural para el desarrollo en el contexto de posconflicto	26	6.3.3 Conformación y fortalecimiento de redes integrales de prestadores de servicios de salud	50
4. Instrumentos de política pública en los que se enmarca el Plan	29	6.4 Estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto	52
4.1 Ley Estatutaria en Salud	30	6.4.1 Salud materna y salud infantil	52
4.2 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	31	6.4.2 Seguridad alimentaria y nutricional	54
4.3 Política de Atención Integral en Salud	31	6.4.3 Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición	55
5. Objetivos, justificación y alcance del PNSR	35	6.4.4 Atención integral al consumidor de drogas ilícitas	57
5.1 Objetivo general	35	6.4.5 Promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con los determinantes sanitarios y ambientales	58
5.2 Objetivos específicos	35	6.4.6 Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)	60
5.3 Justificación	36	6.5 Diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación	61
5.4 Alcance	37	7. Responsabilidades de los agentes del sector salud.....	63
6. Componente estratégico del PNSR	38	8. Esquema de financiación del Plan	68
6.1 Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de población y territorios	40	8.1. Fuentes de financiación	68
6.2 Aseguramiento en la zona rural	44	8.2 Presupuesto estimado del Plan Nacional de Salud Rural	70
6.3 Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el campo colombiano	45	9. Fases de implementación propuestas	72

10.	Anexos	73
10.1	Anexo 1. Implementación territorial del Modelo de Salud Especial	73
10.2	Anexo 2. Presupuesto estimado del Plan Nacional de Salud Rural para el cuatrienio 2017-2031	74
10.3	Anexo 3. Iniciativas de salud en municipios PDET	80
10.4	Anexo 4. Herramienta de análisis de iniciativas de infraestructura en PATR.....	81
11.	Bibliografía	81



Plan Nacional de Salud Rural



*Siglas

ACUERDO FINAL	Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera
ART	Agencia de Renovación del Territorio
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
CNMH	Centro Nacional de Memoria Histórica
COTSA	Consejos Territoriales de Salud Ambiental
CTSSS	Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
CSIVI	Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DTS	Dirección Territorial de Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EMS	Equipos Multidisciplinarios de Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
ET	Entidad Territorial
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IVC	Inspección, vigilancia y control
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero e Intersexuales
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PAPSIVI	Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas
PATR	Plan de Acción para la Transformación del Territorio
PBIS	Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud
PDET	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PGN	Presupuesto General de la Nación
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PMI	Plan Marco de Implementación
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022
PNSR	Plan Nacional de Salud Rural
PTRRM	Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud

RIPSS	Redes integrales de prestadores de servicios de salud
RLPCD	Registro para la Localización y Caracterización de Personas con discapacidad
RRI	Reforma Rural Integral
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural
SGP	Sistema General de Participaciones
SGR	Sistema General de Regalías
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVJRNR	Sistema Integral de Verdad Justicia Reparación y No Repetición
SPA	Sustancias psicoactivas
VSPC	Vigilancia en salud pública con base comunitaria
UNFPA	Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas

1. Introducción

El presente documento desarrolla los contenidos del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), de conformidad con lo estipulado en el *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera* (2016) (en adelante, Acuerdo Final) y la Política de Paz con Legalidad desarrollada por el Presidente Iván Duque Márquez, y los instrumentos de planeación que posteriormente se desarrollen en los siguientes cuatrienios. El Acuerdo Final establece que para materializar una Reforma Rural Integral (RRI) es necesario el diseño y ejecución de planes nacionales sectoriales cuyo objetivo central sea el cierre de las brechas entre el campo y la ciudad y la superación de la pobreza y la desigualdad. De ahí que en el numeral 1.3.2.1 del Acuerdo Final se contemple la creación e implementación de un PNSR “*con el propósito de acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades*”.

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

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

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

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

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

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

- Se señala como objetivo primordial el hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades de las zonas rurales de Colombia. En este sentido, los beneficiarios del PNSR son los ciudadanos que residen en la zona rural del país.
- La salud de las personas, familias y comunidades que residen en el ámbito rural es considerada un elemento fundamental para el desarrollo humano, promoviendo así la transformación estructural del campo y con ello, cerrar la brecha urbano-rural.
- Se presenta el alcance geográfico que prioriza, pero no limita su accionar a las zonas que hacen parte de los denominados Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial – PDET (Decreto 893, 2017).

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

- Diseño de un Modelo Especial de Salud: a la luz de las brechas en resultados y acceso a los servicios de salud, y en reconocimiento de la diversidad poblacional y territorial del país, se establecen los criterios de planeación y concertación que permitan el diseño de un Modelo Especial de Salud. Ello supone, a su vez, la incorporación de un enfoque étnico regido por los principios de la libre determinación, autonomía y gobierno propio, participación, consulta y consentimiento previo libre e informado. De igual forma, supone la incorporación de los derechos a la identidad e integridad social, económica y cultural; los derechos sobre sus tierras, territorios y recursos, que implican el reconocimiento de sus prácticas territoriales ancestrales; el derecho a la restitución y fortalecimiento de su territorialidad; y, la efectiva implementación de los mecanismos vigentes para la protección y seguridad jurídica de las tierras y territorios ocupados o poseídos ancestralmente y/o tradicionalmente.
- Infraestructura, talento humano y redes de atención: acercar la oferta de servicios de salud pasa por facilitar el acceso a infraestructura, realizar el despliegue de talento humano y, consecuentemente, la configuración de redes de atención.
- Integralidad: aunque el PNSR responde al punto 1 del Acuerdo Final, no debe olvidarse la integralidad del acuerdo. Por este motivo se señala la forma en que este Plan se articula con las demás obligaciones sectoriales en la implementación de acciones de salud pública (seguridad alimentaria y nutricional, consumo de sustancias psicoactivas, salud materno-infantil, rehabilitación psicosocial y salud ambiental).

- Seguimiento y evaluación: estrategia de seguimiento y evaluación que permita identificar los logros, retos y oportunidades de mejora.

Finalmente, el documento presenta las responsabilidades de los distintos agentes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), un costeo aproximado y las fuentes de financiación de las estrategias previstas por el PNSR, así como las fases de implementación. Lo anterior en el entendido de que, como se establece en el Plan Marco de Implementación, se proyecta el desarrollo de actividades en un período de 15 años. Cabe mencionar que, en el espíritu mismo de lo pactado en el Acuerdo Final, las estrategias del PNSR aquí propuestas prestan especial atención a los derechos fundamentales de las mujeres y los grupos sociales vulnerables¹. En esta línea, todas las estrategias buscan adoptar un enfoque de derechos, territorial², poblacional³ y de género⁴.

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

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

3 “Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan y con orientación a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio” (MSPS, 2013, pág. 37).

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

2. Análisis de la situación de salud rural en Colombia⁵

Uno de los principales desafíos del sistema de salud colombiano, es la disminución de las brechas existentes entre el campo y la ciudad. Dichas diferencias reflejan, de un lado, las desigualdades en las condiciones socioeconómicas (p.ej. ausencia de vías de acceso a puestos de salud, baja calidad de la educación), y, del otro, las disparidades territoriales en la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud (DNP, 2014; Ocampo, 2014). No sorprende entonces que tan sólo en salud, las comunidades sujetas al proceso de realización de Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), hayan propuesto más de 3.300 iniciativas en salud (ver Anexo 3 en sección 10.3).

2.1. Brechas en Cobertura

Si bien a nivel nacional el país ha alcanzado cobertura universal (98% de la población está afiliada), existen aún rezagos importantes en algunos territorios del país. Dicho rezago se concentra, por lo general, en los municipios con un alto grado de ruralidad y dispersión poblacional, con mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, y en algunas ocasiones, con un alto grado de incidencia del conflicto armado.

En los municipios priorizados para el desarrollo e implementación de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) (Decreto 893, 2017) la cobertura de aseguramiento promedio se ubica en 79.6% (BDUA, noviembre 2020), aunque existe un alto grado de heterogeneidad en este grupo de territorios. En municipios como Magüí Payán (Nariño) o Mapiripán (Meta), por ejemplo, el 30.7% y 33.8%⁶ de la población, respectivamente, se encuentra afiliada al SGSSS (BDUA; noviembre de 2020). Por el contrario, en municipios como Fonseca (Guajira) o El Guamo (Bolívar) las coberturas de aseguramiento en salud alcanzan el 100% (BDUA; noviembre de 2020). Esta situación sugiere la necesidad de implementar estrategias focalizadas que consoliden la cobertura universal del aseguramiento en las zonas rurales del país, y con ello avanzar hacia el cierre de brechas en términos de acceso y resultados en salud.

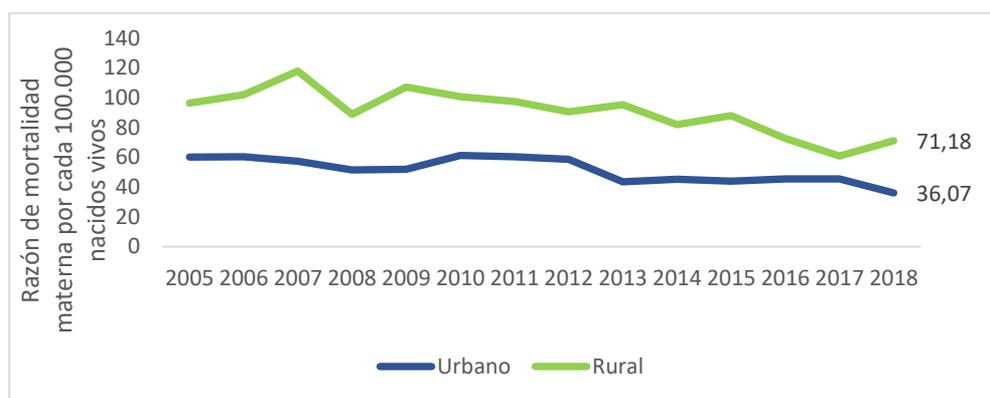
5 La clasificación urbano – rural a la que se hace referencia en este documento corresponde a la clasificación que utiliza el DANE. Ver https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

6 Es posible que un porcentaje significativo de la población resida en dicho municipio, pero tenga como municipio de afiliación otro aledaño; de esta forma se afectan las cifras de aseguramiento, al conducir a un subregistro de la cobertura real.

2.2. Brechas en resultados en salud⁷

Partiendo por el indicador *razón de mortalidad materna*, indicador trazador para todo el sistema de salud⁸, a nivel nacional se evidencia una reducción entre 2005 y 2018 (de 70,1 a 45,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos). Sin embargo, una mirada sobre dicha razón, teniendo en cuenta la zona de residencia, evidencia la persistencia de una importante brecha entre lo rural y urbano: mientras en la zona urbana fallecen al año 45 maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en la zona rural fallecen 71.1. La tendencia de la brecha de desigualdad muestra que esta se ha mantenido a través del tiempo (Figura 1.) pese a una ligera reducción en el último año. Sin duda, una intervención en la ruralidad supone desarrollar y reforzar acciones tendientes a reducir la mortalidad materna.

Figura 1. Tendencia urbano-rural de la Tasa de Mortalidad materna. Colombia, 2005-2018



Fuente: Estadísticas vitales DANE. Consultado en la Bodega de datos de SISPRO 28 de septiembre de 2020

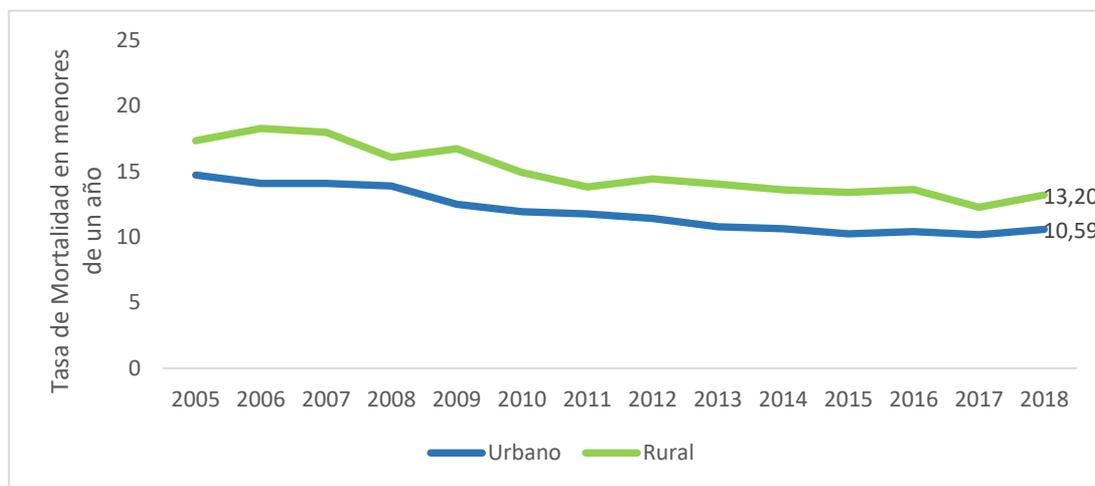
Un resultado similar se observa en el caso de la *mortalidad infantil*, indicador que además permite evaluar el impacto de la disponibilidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud materno-infantiles (MSPS, 2014). A nivel nacional, entre 2005 y 2018 la tasa de mortalidad infantil pasó de 15,9 a 11,2 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Por zona

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

8 La maternidad es una condición riesgosa si las condiciones sanitarias y sociales, relacionadas con la gestación, parto o puerperio no son las adecuadas. Toda muerte materna fetal se configura como un problema de salud pública y social, agudizándose en contextos de desigualdades sociales y económicas (Rodríguez Leal & Verdú, 2013).

de residencia, sin embargo, se hace evidente que las muertes por cada 1.000 nacidos vivos en la zona rural están tres puntos porcentuales por encima de las observadas en zona urbana. Si bien la tendencia es decreciente en ambos casos, la brecha de desigualdad entre las zonas se mantiene a través del tiempo (Figura 2). De nuevo, los resultados sugieren la necesidad de implementar estrategias dirigidas a disminuir la brecha urbano-rural en mortalidad infantil. Ponen de presente, así mismo, la necesidad de mejorar la calidad de la atención en salud en zonas rurales: el aumento en valores absolutos en el nivel de controles prenatales y de atención al parto institucionalizado (ver Figuras 7 y 8), así como el cierre de las brechas rural-urbano en este sentido, sugiere que existe un acceso efectivo a servicios, pero que es necesario continuar fortaleciendo la capacidad resolutoria del talento humano en salud.

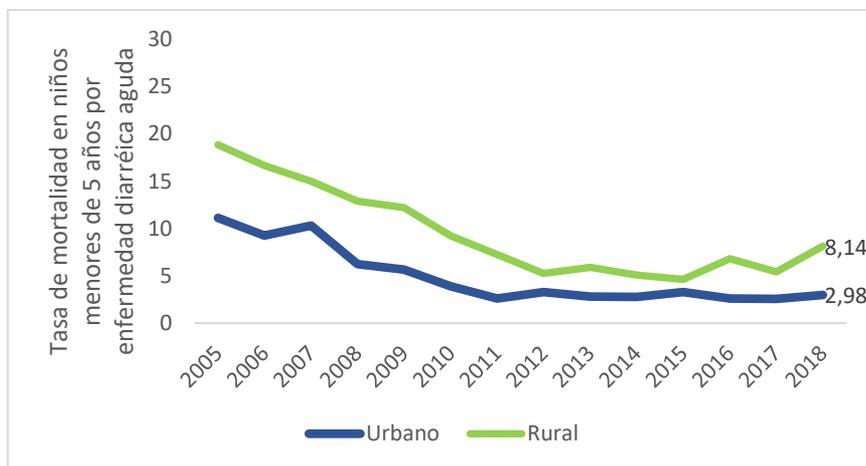
Figura 2. Tendencia de urbano-rural de la Tasa de Mortalidad infantil. Colombia, 2005-2018



Fuente: Estadísticas vitales DANE. Consultado en la Bodega de datos de SISPRO
28 de septiembre de 2020

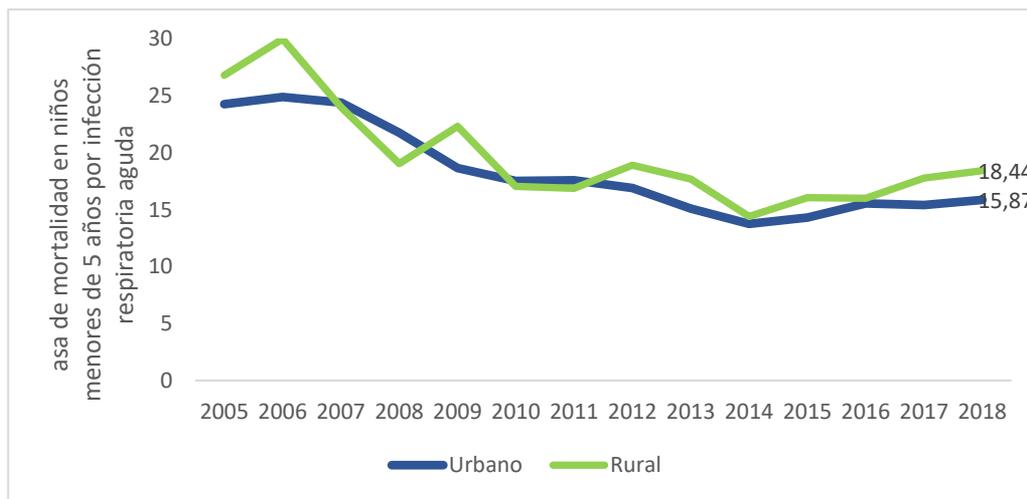
La mortalidad por *Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)* e *Infección Respiratoria Aguda (IRA)* en menores de cinco años es también mayor en la zona rural que en la zona urbana. En la zona urbana, entre 2005 y 2018, en niños menores de 5 años la tasa de mortalidad por EDA se redujo en aproximadamente 9 puntos (de 11,1 muertes por 100.000 menores de cinco años a 2,9) y la tasa de mortalidad por IRA en 10,6 puntos (de 24,2 a 15,8). De manera similar, para el mismo periodo bajo estudio, en la zona rural, en niños menores de 5 años la tasa de mortalidad por EDA se redujo en aproximadamente 10 puntos (de 18,8 muertes por 100.000 menores de cinco años a 8,14) y la tasa de mortalidad por IRA en 8 puntos (de 26,8 a 18,4). Según se observa en las Figuras 3 y 4, pese a los avances de los últimos años, la brecha urbano-rural se mantiene para ambos eventos. Esta situación sugiere la necesidad de continuar trabajando para garantizar el acceso al agua potable y servicios adecuados de saneamiento e higiene a la población que reside en las zonas rurales, así como de fortalecer las estrategias de vigilancia de eventos de interés en salud pública en estos territorios.

Figura 3. Tendencia urbana vs rural de la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda – EDA (Tasa por 100.000 menores de cinco años), 2005-2018*



Fuente: Estadísticas vitales DANE. Consultado en la Bodega de datos de SISPRO 28 de septiembre de 2020

Figura 4. Tendencia urbana vs rural de la Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por infección respiratoria aguda - IRA (Tasa por 100.000 menores de cinco años), 2005-2018



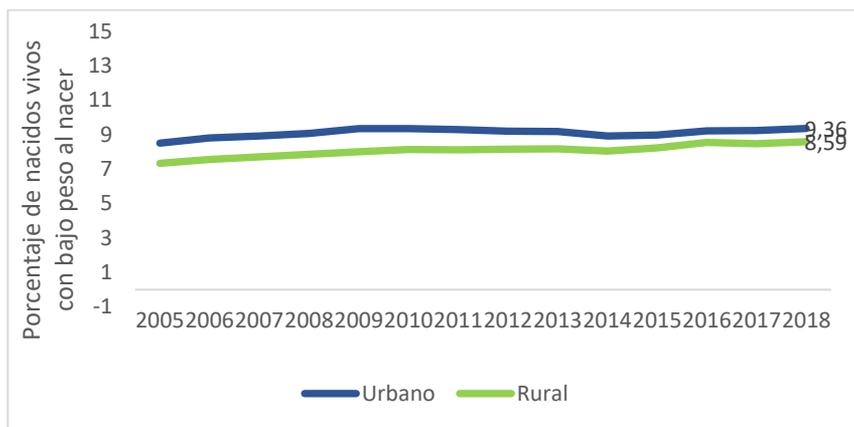
Fuente: Estadísticas vitales DANE. Consultado en la Bodega de datos de SISPRO 28 de septiembre de 2020

En relación con el *bajo peso al nacer*⁹, a nivel nacional se observa que, entre 2005 y 2018, la proporción de nacidos vivos con un peso inferior a 2.500 gramos osciló entre los 8 y 9 nacidos

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

vivos por cada 100. La prevalencia es mayor en la zona urbana que en la rural, pero su tendencia en ambos casos es al incremento. Sin embargo, la brecha se ha venido reduciendo en los últimos años (Figura 5). Esta situación sugiere que se deben desarrollar y reforzar acciones tendientes a mejorar el promedio del bajo peso al nacer en ambas zonas.

Figura 5. Tendencia del porcentaje urbano-rural del bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2018

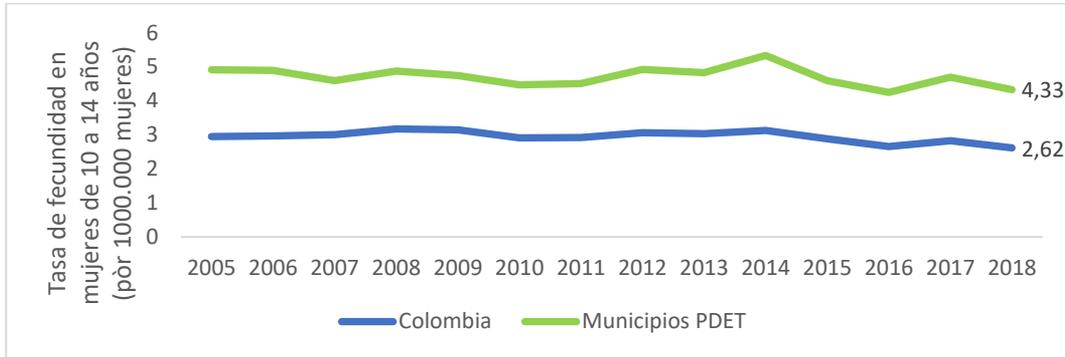


Fuente: Estadísticas vitales DANE. Consultado en la Bodega de datos de SISPRO
28 de septiembre de 2020

La disparidad en *embarazo en la infancia y adolescencia* es considerable. Si bien no se cuenta con información discriminada por zona, la tasa de fecundidad 10 a 14 años de los municipios PDET es casi el doble de la que se reporta a nivel nacional (4,3 nacimientos por 1.000 mujeres en los territorios PDET vs 2,6 total país, año 2018). Al observar las tendencias de los últimos 10 años se observa que dicha disparidad se ha mantenido a lo largo del tiempo (Figura 6). La Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS (2015) confirma este patrón: la tasa total de fecundidad en la zona rural casi dobla la de la zona urbana (2,6 vs 1,8 hijos por mujer) y el 15,1% y el 28,8% son madres o están embarazadas del primer hijo, porcentajes que corresponden a la zona urbana y a la zona rural respectivamente ¹⁰.

10 De hecho, en la zona rural el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que reportaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años dobla a la proporción de la zona urbana (27,2% vs 14,1%) (ENDS, 2015).

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



Fuente: Estadísticas vitales DANE. Consultado en la Bodega de datos de SISPRO 28 de septiembre de 2020

Lo anterior guarda estrecha relación con el conocimiento, acceso y uso de anticonceptivos. Si bien los datos de la ENDS (2015) reflejan que su conocimiento es casi universal tanto en zona rural como urbana (por encima del 99%), es de resaltar que el porcentaje de mujeres entre los 13 y 49 años con pareja, que está usando algún método anticonceptivo moderno, es menor en la zona rural que la urbana (73,6% vs. 76,7%). Entre las mujeres que se han realizado citología alguna vez en la vida, el 67,1% y 63,9% de las mujeres de la zona urbana y de la zona rural respectivamente se la realizan cada año. Los departamentos con las mayores proporciones de mujeres que nunca se han realizado la citología fueron Chocó (13,8%), Amazonas (13,7%), Guainía (10,8%), Vichada (10,3%) y Magdalena (11,1%). Estos departamentos coinciden con mayor presencia de población de grupos étnicos indígenas y afrodescendientes, se caracterizan por un alto grado de ruralidad y dispersión poblacional, por altas tasas de necesidades básicas insatisfechas y por el alto grado de afectación del conflicto armado o la presencia de retaguardias de grupos armados. La brecha es mucho mayor en el caso de las mamografías; en la ciudad el 52% de las mujeres de 40 a 69 años se han hecho una mamografía, mientras en el campo tan solo el 26% de las mujeres en ese grupo de edad se han realizado este examen. Esta diferencia urbano-rural también se presenta en el caso de los hombres: mientras en zona urbana el 39,5% de los hombres de 50 a 69 años se han realizado el antígeno prostático, en zona rural tan solo el 19,5% se han hecho este examen. Todo lo anterior ocurre en un contexto mediado por las distintas violencias de género, que ha sido exacerbado por el conflicto armado pero que existe independientemente de este y sigue manifestándose aún en un escenario de posconflicto. En efecto, para el año 2017 el Sistema de Vigilancia en Salud Pública reportó un total de 98.999 casos de violencias de género y violencia intrafamiliar de los cuales 51.218 correspondieron a violencia física, 24.457 a violencia sexual, 15.904 a violencia por negligencia y abandono y 7.420 casos de violencia psicológica.

Del total de estos casos, el 77,3% se reportó en niñas y mujeres (76,502) y 22,7% en niños y hombres (22.497). En cuanto al área de ocurrencia de los casos se puede observar que el 77,3% (76.699) se reportan en cabecera municipal, el 14,2% (14,017) en población rural dispersa y el 8,6% (8,482) en centro poblado. Aunque los sistemas de información registran el mayor número de casos en áreas de cabecera municipal, las barreras en el acceso a los servicios, sumada a la naturalización de las violencias contra niños y niñas en zonas rurales pueden conducir a un subregistro importante de la afectación en dichas zonas. En todo caso, lo cierto

es que el sector salud es con frecuencia el primer respondiente en casos de violencia sexual lo que genera una doble responsabilidad: una, de atención oportuna a las víctimas y, por esta vía, de compromiso por la construcción de confianza con las comunidades; y, segundo, con los propios profesionales de la salud para que conozcan los protocolos de atención y, eviten, por esa vía, la revictimización. Por lo anterior, es imperativo realizar acciones dirigidas a la atención y prevención de violencias de género, a la educación para la sexualidad, el acceso a anticonceptivos y la realización de exámenes diagnósticos (mamografía y antígeno prostático) con particular atención en zonas de alta ruralidad y vulnerabilidad socioeconómica.

De otro lado, cabe destacar que la violencia asociada al conflicto armado ha generado afectaciones importantes en materia de *salud mental* en la población que reside o residía en la zona rural del país. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (MSPS&COLCIENCIAS, 2015), el 7,9% de los adultos entre los 18 y 44 años, por ejemplo, reportan haber tenido una experiencia traumática debido al conflicto armado, y el 18,7% reportan haber sido desplazadas por conflicto armado o por alguna situación de inseguridad. En la población de 7 a 11 años, el 13,7% reporta haber sido víctima alguna vez en su vida de desplazamiento forzado por violencia de cualquier tipo, y el 10,9% reporta que el último cambio se relacionó con el conflicto armado o la situación de inseguridad¹¹. Al respecto el informe en mención indica que “[*aunque estar expuesto a cualquier tipo de violencia aumenta el riesgo que un individuo presente trastornos de estrés postraumático, trastorno depresivo, consumo de sustancias psicoactivas y deterioro de su salud general, lo más dramático en lo que respecta a la salud mental en relación con el conflicto armado es la vulneración psicológica de las víctimas y los victimarios, en términos del “encuentro con un horror psíquicamente no asimilable”*” (Ibid, pág. 106). Cabe, sin embargo, destacar que las zonas urbanas concentran mayores prevalencias de cualquier trastorno mental o de ansiedad. Por ejemplo, las prevalencias de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses en la población infantil (de 7 a 11 años) que reside en la zona rural es de 2,6%, mientras que en zona urbana es de 5,5%. En los adultos, se encuentra una prevalencia de vida más alta de los trastornos afectivos en zona urbanas (7,5 %) que en las rurales (4,0 %) y para cualquier trastorno de ansiedad la prevalencia de vida es también más alta en las ciudades (4,2%) que en el campo (3,2%). Esta situación puede estar asociada a las condiciones de la cotidianidad urbana (i.e. estrés, dinámicas familiares, contaminación auditiva), así como a una mayor dificultad en la identificación de casos en la zona rural.

2.3. Brechas en acceso a servicios de salud

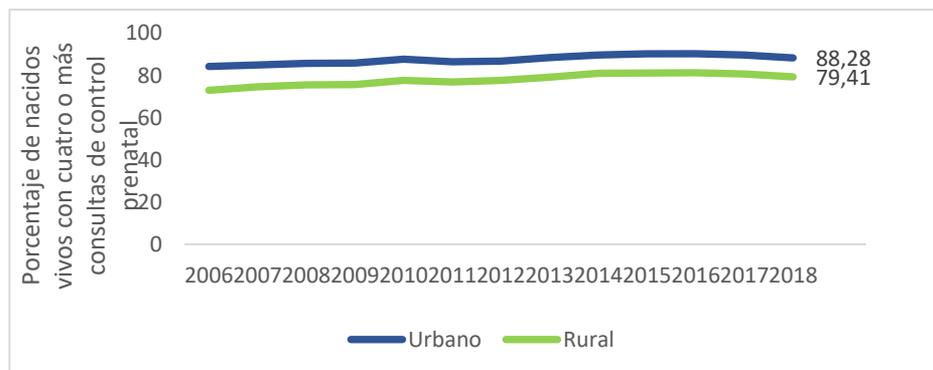
Las brechas en acceso a servicios de salud son una de las principales necesidades en los municipios PDET. Por ello, no sorprende que el mayor número de iniciativas en salud que surgieron de los espacios participativos sostenidos a lo largo de 2018 y 2019 estuvieran relacionadas con la realización de estrategias extramurales de atención integral en zonas rurales (299 iniciativas)¹². Lo anterior se expresa también en indicadores trazadores en la materia. En efecto,

¹¹ Es interesante anotar que, en la población infantil, la región Pacífica es la región que reporta la mayor prevalencia de comportamientos relacionados con violencia (38,9%), mientras la menor prevalencia se registra en la ciudad de Bogotá (27,6%) (MSPS&COLCIENCIAS, 2015).

¹² Datos presentados por la Agencia para la Renovación del Territorio el 7 de marzo de 2019.

en el indicador *porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de atención prenatal*¹³, a nivel nacional se observó un incremento en la cobertura de atención prenatal (de 81% en 2005 a 88% en 2018 pese a que la cobertura de atención prenatal ha sido mayor en la ciudad que en el campo (el indicador es de 88.3% en zona urbana en comparación con 79.4% en zona rural).

Figura 7. Tendencia porcentaje urbano-rural de nacidos vivos con cuatro o más consultas de atención prenatal



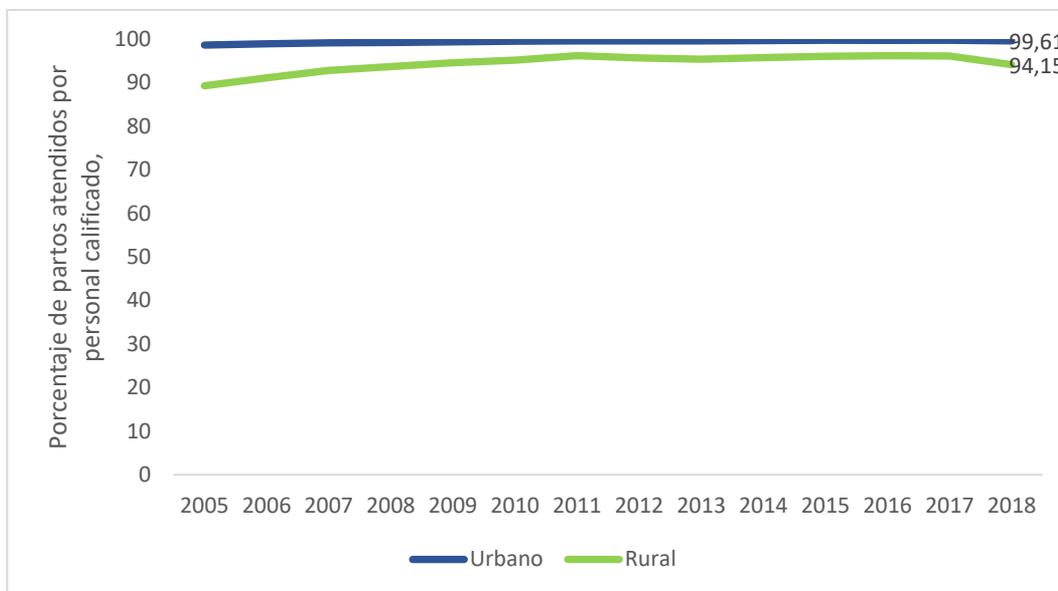
**Fuente: Estadísticas vitales DANE. Consultado en la Bodega de datos de SISPRO
28 de septiembre de 2020**

En relación con la *proporción de atención calificada del parto por personal calificado*, a nivel nacional¹⁴ se observó un aumento de 3 puntos porcentuales entre 2005 y 2018 (de 96% a 99%). Al comparar por zona de residencia, si bien la tendencia tanto en zona urbana como rural es creciente, se observa una levemente menor cobertura de parto institucional en el campo (99,6% en zona urbana y 94.1% en zona rural, año 2018) (Figura 8).

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

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

Figura 8. Tendencia urbano-rural de la proporción de atención calificada del parto por personal calificado

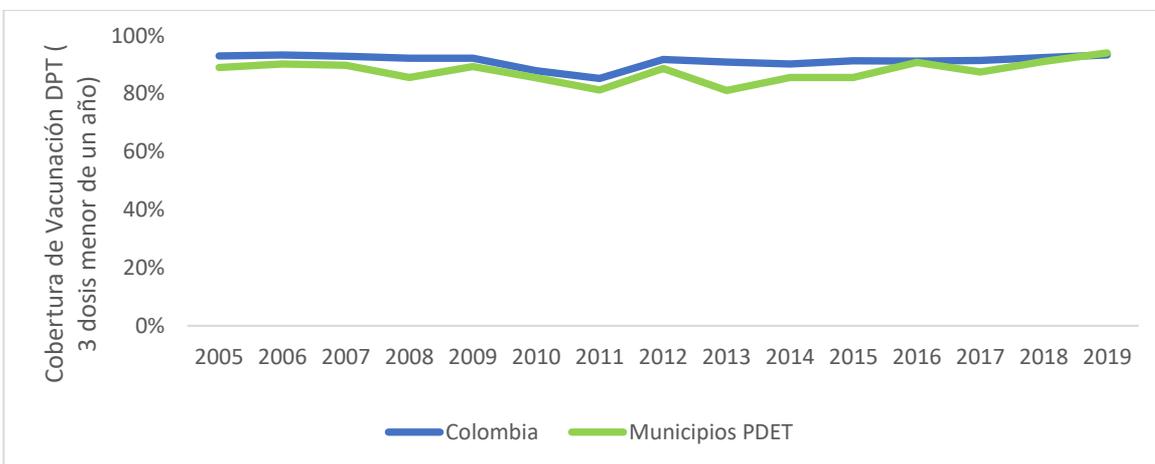


Fuente: Estadísticas vitales DANE. Consultado en la Bodega de datos de SISPRO 28 de septiembre de 2020

El país ha avanzado en los últimos años para alcanzar y mantener coberturas de vacunación del 95%, cifras alcanzadas para pentavalente en menores de un año de edad y triple viral al año de edad, manteniendo aun retos en los recién nacidos con BCG y a los 5 años con el refuerzo de triple viral. La brecha urbano-rural, en este caso, es casi imperceptible y en algunos casos inexistente, lo que no obsta para continuar trabajando en lograr una cobertura completa.

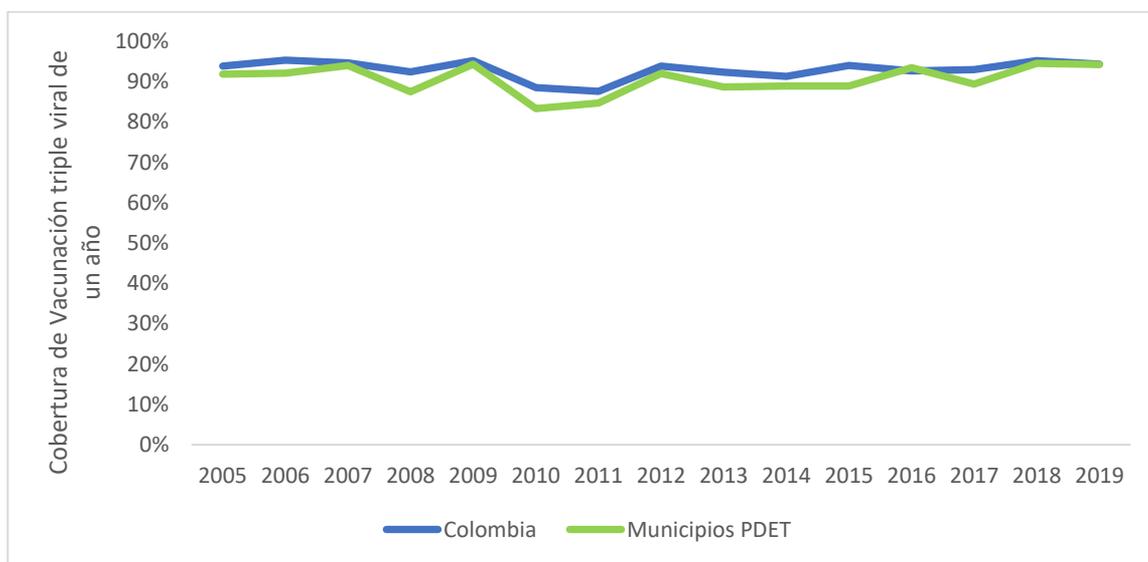
En el caso de las coberturas de vacunación con terceras dosis de Pentavalente (Difteria, Tosi ferina, Tétanos, Hepatitis B y *Haemophilus Influenzae* tipo b) en población menor de 1 año, a nivel nacional se observa una tendencia creciente entre 2001 y 2019 y una brecha casi nula. Mientras que la cobertura a nivel nacional es de 93% en 2019, en los territorios PDET es de 94% (Figura 9). Con respecto a las coberturas de vacunación con triple viral (sarampión- rubeola – parotiditis) en población de 1 año de edad, también se observa un aumento. En la actualidad, la cobertura en los territorios PDET es de 94,2%, casi idéntica a la observada en el resto del país de 94,3% (Figura). En este sentido, es necesario mantener este logro para la población menor de 1 año en estos municipios y continuar dirigiendo esfuerzos por alcanzar la cobertura del 95% en los trazadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Este importante logro, por lo demás, demuestra nuevamente, que existe la capacidad de acercar la oferta de salud a las poblaciones más dispersas, por lo que fortalecer la capacidad de atención extra-mural será eje central de este Plan.

Figura 9. Coberturas de vacunación (%DPT), Colombia vs Territorios PDET, 2006 - 2019



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, consultado en la bodega del SISPRO 12 de agosto de 2020

Figura 10. Coberturas de vacunación con dosis de triple viral en población de 1 año, Colombia vs Territorios PDET, 2006 - 2019

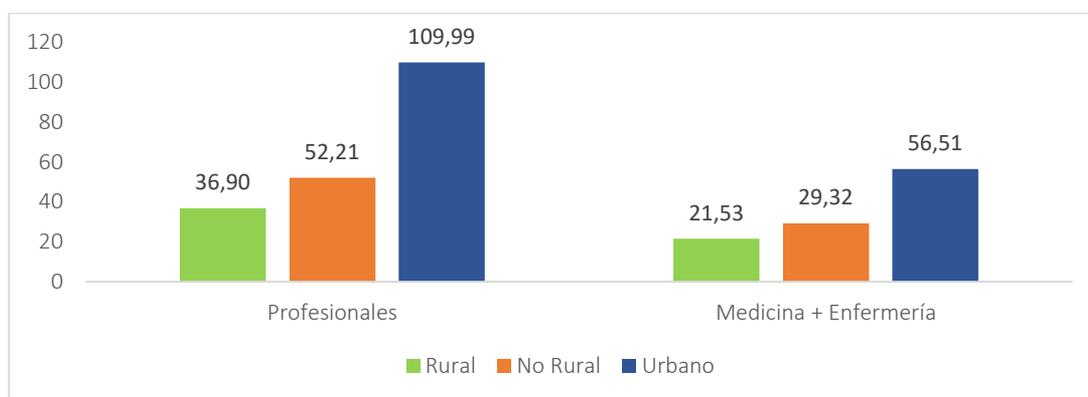


Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, consultado en la bodega del SISPRO 12 de agosto de 2020

Las barreras de acceso que enfrentan los ciudadanos de la zona rural del país están asociadas al déficit de talento humano en salud en estas zonas. Para 2019, se observa una mayor densidad de profesionales de la salud en las zonas urbanas (109 por cada 10 mil habitantes), respecto

de las zonas rurales (36.9)¹⁵ (Figura 11). En el caso de los profesionales en medicina, por ejemplo, mientras la densidad estimada en la ciudad es de 36.3 por cada 10.000 habitantes, en el área rural y rural dispersa la densidad se estima en 13.3 (Figura). No sorprende entonces tampoco que más de 200 iniciativas presentadas en el marco de los PDET estén encaminadas al incremento de la disponibilidad de talento humano en zonas rurales¹⁶.

Figura 11. Densidad estimada de profesionales del área de la salud, según tipo de municipio*. Colombia, 2019 (por 10 mil habitantes)



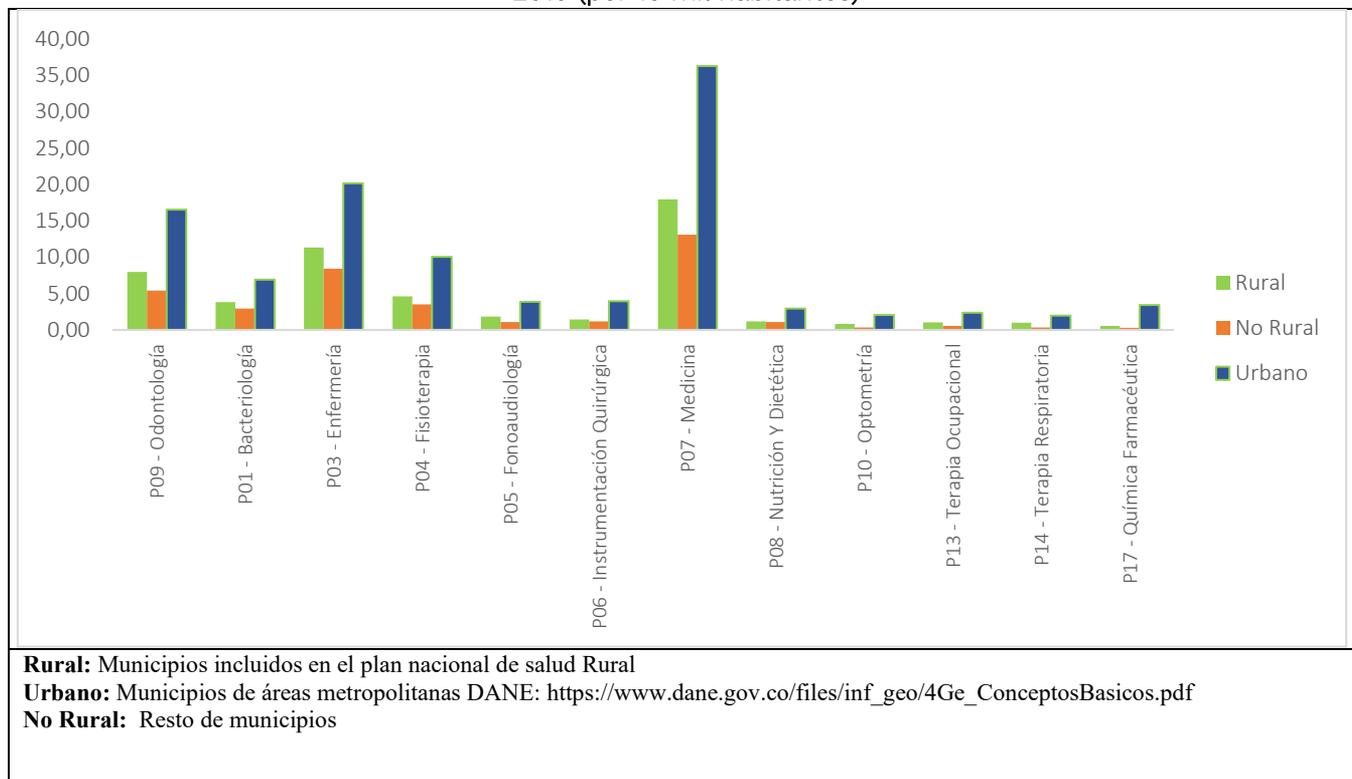
Fuente: Estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, MSPS

- ***Rural:** Municipios incluidos en el plan nacional de salud Rural.
- **Urbano:** Municipios de áreas metropolitanas DANE: https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf
- **No Rural:** Resto de municipios.

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

16 Datos presentados por la ART en reunión del 7 de marzo de 2019.

Figura 12. Densidad estimada de profesionales del área de la salud - desagregado, Colombia, 2019 (por 10 mil habitantes)



*Incluye área metropolitana.

Fuente: Estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, MSPS.

En términos de meta y conforme a lo señalado en *La estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030* (OMS, 2016), que busca, entre otras cosas aportar al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se espera que los países en 2030 cuenten con cerca de 44,5 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 mil habitantes¹⁷. La densidad del talento humano en salud¹⁸ indica que para el 2016 el país contó, en promedio, con 32 profesionales en medicina y enfermería por cada diez mil habitantes. Sin embargo, se encuentran diferencias importantes entre las zonas urbanas (50,1) y rurales (21,6 en área rural y 15,5 en área rural dispersa). En este sentido, si bien en el área urbana superamos la meta señalada, en la zona rural nos encontramos lejos de cumplirla¹⁹.

17 Antes de la publicación de este informe en 2016, la OMS/OPS sugería que los sistemas de salud de países de desarrollo medio, como Colombia, deberían tener como mínimo 25 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 mil habitantes.

18 Indicador utilizado como referente internacional que relaciona el número de médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes en un sistema de salud.

19 Cabe sin embargo señalar que en los últimos años el Gobierno Nacional ha buscado aumentar el número de profesionales de la salud en los territorios con mayor dificultad de acceso a los servicios. En

Las barreras de acceso en las zonas rurales del país también están asociadas a las deficiencias en términos de infraestructura y dotación. El diagnóstico y dimensionamiento de las necesidades de fortalecimiento de la capacidad pública instalada para la prestación de servicios en salud en 13 departamentos de los priorizados en el marco del posconflicto pone en evidencia la necesidad de fortalecer la oferta de servicios en salud; así lo refleja también el establecimiento de más de 600 iniciativas presentadas en el marco de PDET relacionadas con el desarrollo de infraestructura y dotación en zonas rurales²⁰. En Cauca, por ejemplo, en los 21 municipios priorizados en el marco del Acuerdo Final (2016), se identificaron 7 municipios sin puestos o centros de salud (i.e. sedes de IPS) en la zona rural de los mismos. De manera similar, en la Región del Alto Guaviare, en Putumayo, en las zonas rurales de 3 de los municipios categorizados como municipio PDET no hay puestos o centros de salud.

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

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

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

2017, por ejemplo, el 85% de las plazas de Servicio Social Obligatorio aprobadas por las Secretarías de Salud en el país se encontraban ubicadas en municipios rurales y dispersos. Mientras existen 2,3 plazas por cada 10 mil habitantes en las zonas dispersas, este indicador fue de 1,7 en zonas rurales y 0,5 en el ámbito urbano. Al revisar por profesión se mantiene el comportamiento anterior, pero con menor número de plazas disponibles (por cada 100 plazas en medicina, existen 40 para las demás profesiones).

20 Datos presentados por la ART en reunión del 7 de marzo de 2019.

La violencia asociada a los conflictos armados puede comprenderse como un problema de salud pública. No sólo por la mortalidad y morbilidad en la población como resultado de las acciones directas del conflicto (afectaciones físicas y mentales por acciones armadas) sino también por sus efectos indirectos: los conflictos afectan los determinantes sociales de la salud pues generan, entre otras, interrupciones en las vidas de las personas, alteran el bienestar económico de familias y limitan el suministro de alimentos y agua en las comunidades afectadas. Encuestas de salud realizadas en la República Democrática del Congo, por ejemplo, sugieren que la mayoría de las muertes en zonas de conflicto fueron causadas por fiebre, malaria, diarrea, infección respiratoria y malnutrición y no por acciones directas contra la población (Kruk, Freedman, Anglin, & Waldman, 2010)²¹.

En estos casos confluyen factores estructurales (pobreza de las zonas afectadas por el conflicto) con los efectos de la confrontación armada (la seguridad alimentaria se puede ver afectada, por ejemplo, por el confinamiento o la voladura de oleoductos que a su vez conduce a la contaminación de fuentes hídricas; la diarrea no se trata adecuadamente porque el personal médico abandona la zona).

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

1. Sin duda el conflicto armado ha tenido efectos directos al dejar cientos de víctimas mortales y personas con heridas físicas y mentales notables. En contraste, el inicio del proceso de paz mostró ya los primeros beneficios al vislumbrar, por ejemplo, la significativa reducción en el número y severidad de heridos como resultado de actividades hostiles (véase por ejemplo Ordóñez, Manzano-Núñez, & Naranjo, 2018).
2. Si se toman como referencia los datos epidemiológicos del MSPS, producidos a partir del Registro de estadísticas vitales del DANE, se observa que sólo en 12% de los municipios del país la principal causa de mortalidad son las causas externas (que incluye, entre otros, los efectos de la violencia)²². El porcentaje aumenta a 36% si se toman en consideración sólo los municipios más fuertemente afectados por el conflicto. Con todo, en la mayoría de los municipios son los problemas circulatorios o las neoplasias la principal causa de muerte; estamos entonces ante un escenario donde atender las afectaciones directas del conflicto son una, pero no la principal necesidad en materia de salud.
3. A diferencia de otros países como Sierra Leona donde el conflicto armado supuso la destrucción de gran parte de la infraestructura hospitalaria o la pérdida de gran parte del talento humano (Bertone, Samai, Edem-Hotah, & Witter, 2014), en Colombia el sistema de salud siguió operando y avanzando; no se trata entonces de un sistema que debe ser “reconstruido”. En efecto, los avances en materia de los principales indicadores de salud son notorios (por ejemplo, entre 2010 y 2015 se redujo la desnutrición crónica, de 13,2% a 10,8% y la mortalidad infantil de 16 por cada mil nacidos vivos en el periodo 2005-2010 a 14 en el período de 2010-2015 (MSPS, 2017). No obstante, estos avances, aunque también visibles, son menos notorios en contextos rurales (ver sección 2). Por lo anterior y, en armonía con los objetivos en salud del Plan Nacional de

21 Véase también (Hemily, 2010).

22 Fuente: Estadísticas Vitales, DANE. Cálculos propios MSPS, 2017.

Desarrollo (2018-2022), el mayor aporte que se puede hacer desde el sector salud a la paz con legalidad y a la sostenibilidad de un escenario de posconflicto es la reducción de brechas territoriales y poblacionales -en salud-, de conformidad con lo que señalan estudios especializados en la temática (Haar & Rubenstein, 2012).

4. La reducción de brechas sólo será posible si se reconoce la inmensa diversidad territorial y poblacional de Colombia que, a su vez, se traduce en perfiles epidemiológicos variados. Un reciente análisis del Instituto Nacional de Salud (INS, 2017) que se centra específicamente sobre las Zonas Veredales Transitorias de Normalización (hoy, Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación -ETCR), por ejemplo, revela la gran diversidad de perfiles epidemiológicos aún en una muestra pequeña de municipios (25). No obstante, también revela elementos comunes como la alta morbilidad asociada a enfermedades transmitidas por vectores (Malaria y Leishmaniasis), y la mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares y circulatorias.
5. La reducción de brechas no sólo requiere de un diagnóstico acertado (acá sólo esbozado), sino que se materializa en una estrategia diferenciada en materia de infraestructura, talento humano y acciones de promoción y prevención, tomando en consideración los enfoques diferenciales originados en la diversidad poblacional y cultural.

Retomando entonces la pregunta inicial de esta sección, la salud es esencial para la consolidación de la paz porque:

1. La violencia dejó secuelas directas sobre la población rural que deben ser atendidas (para un estudio completo sobre la materia se sugiere “*Consecuencias del conflicto armado en la Salud en Colombia*”, realizado por el Observatorio Nacional de Salud en 2017²³).
2. En un contexto de reducción de la violencia, es más fácil atender las enfermedades y los determinantes sociales que explican mayoritariamente los niveles de mortalidad/morbilidad experimentados en zonas rurales y que fueron agravadas por cuenta de la confrontación armada. La paz se convierte entonces en una oportunidad única para intervenir adecuadamente en zonas antes escasamente atendidas por el sector y, de esta forma, trabajar en la reducción de las brechas anteriormente señaladas.
3. La violencia asociada al conflicto armado ha tenido un impacto sobre la permanencia de los profesionales y técnicos de la salud, afectando con ello la capacidad de los territorios para responder a las necesidades en salud de los ciudadanos (Ver Figura 11). El contexto de posconflicto supone una oportunidad para fortalecer la presencia de talento humano en salud en estas zonas.
4. Siendo en ocasiones el sector salud el primero y más frecuente intermediario entre comunidades y la institucionalidad, acercar la oferta de servicios de salud puede convertirse en un vehículo legitimador y generador de confianza en el Acuerdo Final (2016)

23 Disponible en línea en <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%-20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>

y en la institucionalidad en general. Por esta vía, además, puede convertirse en factor de reconciliación y de prevención de nuevos ciclos de violencia.

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

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

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

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

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

4.1. Ley Estatutaria en Salud

La Ley Estatutaria de Salud (LES) (Ley 1751, 2015) implica el reconocimiento social de un derecho esencial para garantizar la dignidad humana y la igualdad de oportunidades de los ciudadanos. En este sentido, con la promulgación de esta ley se reconoció en Colombia el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable, en lo individual y en lo colectivo, un proceso que jurisprudencialmente se había realizado a mediados de década pasada²⁴. La sentencia C-313 de 2014 declaró exequible dicha norma y aclaró que, si bien es deber del Estado velar por la sostenibilidad fiscal del sistema de salud, ello no puede traducirse en la expedición de normas que menoscaben el mecanismo de protección del derecho fundamental.

Lo anterior comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (Ibíd., art. 1). Esto le sugiere al Estado colombiano la obligación de adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (Ibíd.). La Ley además reconoce la interculturalidad como uno de sus principios y la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad, como elementos esenciales e interrelacionados, convirtiéndose así en el marco general actual de la salud. Para efectos del presente plan, reviste de especial importancia lo contenido en el art. 24, en el que se establece:

“Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.”

Desde lo práctico, la LES abarca prácticamente todos los componentes del sistema de salud, especifica los derechos y deberes de la persona frente a la salud, incorpora el principio *pro homine*, define las personas destinatarias de una protección especial (art. 11) y retoma el horizonte garantista previsto en la Observación General 14 de 2000 y ha supuesto acciones encaminadas hacia la redefinición del plan de beneficios con un sentido de integralidad, nuevas normas de afiliación, el fortalecimiento de la política farmacéutica, la regulación del ejercicio de los profesionales de la salud, la gestión de la tecnología y la revisión del papel de los diferentes agentes del SGSSS (Romero T., 2019).

24 Entre otras deben resaltarse las sentencias de la Corte Constitucional C-463 y T-760, ambas de 2008.

4.2. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

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

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

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

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

Por ser producto de la movilización social de los diferentes actores y de la concertación y articulación de acciones sectoriales e intersectoriales que superan periodos de gobierno, y por definir las principales dimensiones y estrategias para garantizar la salud de las comunidades según su contexto, el PDSP es de obligatoria observancia para los demás planes, programas y proyectos que se formulen en la materia. Actualmente, está vigente el previsto para el período 2012-2021 y, en este desarrollo, se deberá tener en cuenta el que se adopte posteriormente.

4.3. Política de Atención Integral en Salud

El objetivo general de la PAIS es orientar al SGSSS hacia la “generación de mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución”. Así lo establecía la Resolución 0429 de 2016 y que sería posteriormente reemplazada por la Resolución 2626 de

2019²⁵,²⁶, y a su vez modificada por la Resolución 1147 de 2020. Dicha norma, en su artículo 5°, establece cuatro estrategias y enfoques:

5.1. Estrategia de Atención Primaria en Salud. *Esta estrategia permite la coordinación intersectorial para brindar una atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud.*

Esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes, como son los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana, y hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y eficiencia de los servicios de salud.

5.2. Estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud. *La Gestión Integral del Riesgo en Salud es la estrategia transversal de la Política de Atención Integral de Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir, intervenir desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. Se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.*

El objetivo que persigue esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y la sostenibilidad del sistema.

5.3. Enfoque de cuidado de la salud. *El enfoque de cuidado se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con las responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento*

25 El artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”, norma que fue adoptada en el Plan para la vigencia 2018-2022 establece la implementación de una Política de Atención Integral en Salud (PAIS) la cual debe ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.

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

de redes de apoyo familiar y social.

- 5.4 Enfoque diferencial de derechos.** *El enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o víctimas de la violencia, entre otras situaciones, que las ubica en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas. Implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las características de la población y de los territorios, como factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud para el cierre de brechas en los resultados en salud.*

En su componente operacional, la política propende por la implementación de acciones territoriales concretas fundamentadas en las prioridades en salud del territorio, “a través de la coordinación de agentes, usuarios y otros actores que generen acciones sectoriales e intersectoriales en los departamentos, distritos y municipios, con el fin de responder a las prioridades en salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del Sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito” (Art. 6° de la Resolución 2626 de 2019).

Lo anterior se desarrolla, actualmente, a través de la adopción del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, entendido como un conjunto de acciones y herramientas que orientan de forma articulada la gestión de los integrantes del Sistema de Salud en el territorio y tiene el objetivo de identificar de manera conjunta las particularidades de cada región y fortalecer a las autoridades de salud territoriales. El MAITE se materializa en acuerdos interinstitucionales y comunitarios, integrados a un esquema de acompañamiento permanente por parte del MSPS, e incorpora los desarrollos de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Tendrá en cuenta, además, las iniciativas de los PATR que, luego de un análisis técnico, se consideren técnica y financieramente viables. Dicho análisis es responsabilidad del territorio, pero para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la ART ha desarrollado herramientas de análisis (En anexo 4, sección 10.4, se presenta herramienta de análisis para iniciativas de infraestructura PDET).

Estos acuerdos se enmarcan en los planes de acción que cada entidad departamental y distrital de salud formula a partir de la identificación de las prioridades de su territorio. Estos se agruparán las líneas de acción estratégicas indicadas en la Resolución 2626 de 2019.

En igual sentido, se contempla el abordaje de dos líneas transversales al MAITE, los cuales son:

Gobernanza. Busca fortalecer o formular mecanismos que le permitan a la Entidad Territorial convocar y trabajar articuladamente con los distintos agentes del sistema de salud y de otros sectores, en el marco de las competencias de cada uno, para lograr los objetivos de cada una de las líneas estratégicas.

Enfoque Diferencial. Esta línea pretende modular las acciones de las líneas estratégicas, en función de las particularidades de las poblaciones, características y condiciones sociales, culturales, territoriales y demográficas, con el objetivo de adaptar las atenciones y las formas de prestación de servicio, desarrollar procesos participativos que disminuyan las barreras de atención y propendan por el cuidado de la salud de personas, familias y comunidades, con plena implementación y sostenibilidad en el largo plazo.

Esta política no solo será parte del marco normativo por medio del cual se podrán materializar las estrategias del PNSR. Los componentes de esta política serán instrumentos cruciales para la creación del Modelo de Salud Especial al que hace referencia el Acuerdo Final (punto 1.3.2.1). En efecto, a través de lo que se denominarán los Planes de Acción MAITE, las entidades departamentales y distritales de salud identificarán las prioridades del territorio en cada una de las líneas de acción expuestas y definirán los compromisos, productos, indicadores, tiempos de ejecución y responsables para dar respuesta a éstas (Ver anexo 1 en sección 10.1).

Así mismo, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 *“Pacto por Colombia. Pacto por la equidad”* establece que otorgar la igualdad de oportunidades implica garantizar el bienestar de los colombianos, uno de cuyos componentes centrales es una vida saludable. Al respecto, se detallan en el capítulo *“Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”* seis objetivos centrales, a saber: (i) Fortalecer la rectoría y la gobernanza dentro del sistema de salud, tanto a nivel central, como en el territorio; (ii) Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos; (iii) Articular a todos los agentes del sector salud en torno a la calidad; (iv) Lograr más infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad; (v) Formular acuerdos para el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud; y, (vi) Alcanzar la eficiencia en el gasto optimizando los recursos financieros disponibles y generando nuevos con el aporte de todos.

Para efectos del PNSR, estos objetivos resultan relevantes pues marcan una hoja de ruta para asuntos que requieren intervención especial en el ámbito rural. En efecto, el fortalecimiento de la gobernanza multinivel y la correspondiente articulación Nación-Territorio, serán un vehículo central para fortalecer la capacidad de las entidades territoriales para garantizar la calidad de la salud en lo rural. De igual forma, las intervenciones en salud pública y el despliegue del talento humano en salud tendrá que organizarse de conformidad con las necesidades y riesgos diferenciales que hay en el territorio (ciudades y aglomeraciones, rural, rural disperso, intermedio). Lo anterior sólo será posible si, en el marco de la articulación de todos los agentes del sector salud, se logran operativizar modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa.

Tanto el Acuerdo Final como el PND, reconocen por lo demás, que es necesario ampliar la oferta de servicios en las zonas rurales y rurales dispersas. Para tal fin, el PND se propone: i) incentivar desde el Presupuesto General de la Nación (PGN) la cofinanciación enfocada a preinversión e inversión en zonas rurales; ii) hacer uso de instrumentos como obras por impuestos; iii) definir excepciones impositivas a privados que quieran invertir en estas zonas, iv) promover el uso y adaptación de proyectos o para infraestructura básica de primer nivel o prestadores básicos (para el Sistema General de Regalías y otras fuentes de financiación) ; y, v) reglamentación que garantice la operación, en el contexto de los requerimientos de oferta en zonas rurales o con población dispersa, incluyendo la integración vertical excepcional.

La materialización de los objetivos antes mencionados supone la existencia de una base financiera. Para tal efecto, como se detalla en la sección 8.1 de este documento, serán los recursos del PGN, a través del aseguramiento, una de las principales fuentes de financiación del presente Plan. Adicionalmente, serán de utilidad los recursos asociados al componente de subsidio a la oferta, *“entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías en salud en zonas alejadas o de difícil acceso a través de instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros ubicadas en esas zonas, que sean monopolio en servicios trazadores”*. Como se indica en el mismo PND *“Los recursos para financiar este*

subcomponente se distribuirán entre los municipios y distritos certificados y los departamentos con instituciones de prestación de servicios” en zonas alejadas o de difícil acceso. Entre los criterios establecidos por el Gobierno Nacional para la distribución de dichos recursos se encuentra la ruralidad como factor, sumado a población total, porcentaje de pobreza de cada entidad territorial y densidad poblacional. Lo mismo sucede con los recursos del componente de Salud Pública que tiene en cuenta la sumatoria de los siguientes criterios: población, porcentaje de pobreza de cada entidad territorial, ruralidad, densidad poblacional y eficiencia administrativa.

Finalmente, de conformidad con el artículo 281 del PND, este plan sectorial hará parte de la Hoja de Ruta única para la implementación de la política de estabilización. Se articulará por esta vía con los instrumentos derivados del Acuerdo Final en particular los PATR y los compromisos adquiridos por vía del Plan Marco de Implementación.

5. Objetivos, justificación y alcance del PNSR

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

5.1. Objetivo general

Hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades de las zonas rurales de Colombia, asegurando cobertura, acceso, oportunidad, y calidad de las atenciones en salud, con un enfoque territorial, étnico y de género, para así lograr mejores resultados en salud y cerrar la respectiva brecha urbano-rural.

5.2. Objetivos específicos

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

- Lograr el desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura y dotación en las zonas rurales del país allí donde sea necesario.
- Fortalecer las redes integrales de prestación de la oferta de servicios de salud y la disponibilidad y competencias del Talento Humano en salud en las zonas rurales del país, con miras a mejorar la oportunidad, resolutivez y la pertinencia de la prestación de los servicios de salud.
- Promover que todos los sectores del Estado incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas dirigidas a las zonas rurales del país, y con ello, abordar de manera efectiva los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.
- Aunar esfuerzos intersectoriales para mejorar la salud materno-infantil, la salud nutricional, la prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles, la atención psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas, la salud de los consumidores de sustancias psico-activas y la salud ambiental en las zonas rurales del país.
- Promover en las personas, familias y comunidades la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida en el ámbito rural y rural disperso.

5.3. Justificación

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

La garantía del derecho a la salud es uno de los principales mecanismos para la reducción de las brechas poblacionales y territoriales en el país, en la medida que la salud afecta directamente el desarrollo de capacidades de cada persona para convertir sus derechos en libertades; esto es, para que las personas puedan ejercer su elección personal y llevar a cabo la vida que valoran (Sen, 2000). Ya en el diagnóstico inicial se vislumbraron las importantes brechas que existen entre lo urbano y rural, pese a las importantes mejoras a nivel nacional en los indicadores trazadores de salud.

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

5.4. Alcance

En línea con lo pactado en el Acuerdo Final, el PNSR se implementará durante el periodo 2021-2031 teniendo en cuenta las categorías de ruralidad establecidas por la Misión para la Transformación del Campo (2014) a saber: i) ciudades y aglomerados; ii) intermedios; iii) rural; y, iv) rural disperso²⁷. Por esta vía, se espera *“no excluir ninguna de las zonas que hoy son consideradas como rurales, la población rural (a partir de las Categorías de Ruralidad) corresponde al total de la población en la zona resto del país y se adicionan las personas en las cabeceras municipales de las categorías Rural y Rural disperso”* (DNP- Misión para la Transformación del Campo, 2014, pág. 10)

Así mismo, según lo señalado en el decreto por medio del cual se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET (Decreto 893, 2017), la ejecución del PNSR priorizará los territorios con mayores niveles de pobreza, mayor debilidad institucional, más afectados por el conflicto armado y con presencia de cultivos de uso ilícito. En este sentido, si bien el PNSR es de aplicación en todo el ámbito rural, será en primera medida implementado en los 170 municipios focalizados por dicho decreto.

El mapa a continuación señala los municipios PDET y los municipios rurales del país en los que se implementará el presente Plan. Este se construyó sobre la base de que las zonas rurales se caracterizan por una baja densidad poblacional, una limitada disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, barreras geográficas y la carencia de vías de acceso. Sobre este supuesto se utilizó el Estudio sobre la Geografía Sanitaria de Colombia (Páez, Franco, & Jaramillo, 2014) y criterios de densidad vial para definir los municipios en los que se implementará en PNSR y que se presentan a continuación.

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

Mapa 1. Municipios de implementación del Plan Nacional de Salud Rural²⁸



Fuente: Elaboración propia. MSPS

6. Componente estratégico del PNSR

Las estrategias y líneas de acción que propone el PNSR han sido formuladas a la luz de lo pactado en el Acuerdo Final y de conformidad con las brechas urbano-rural evidenciadas en el Diagnóstico presentado (sección 2). Cada una de las estrategias se desarrolla en el marco de la normativa que rige actualmente al SGSSS, el cual se viene ajustando a la luz de la Ley Estatutaria en Salud (LES), la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (PND) y lo contemplado en la futura normatividad que se expedirá para regular la PAIS. En dicha normatividad se contempla la implementación de modelos diferenciales en los términos expuestos en la sección 4.3. Las propuestas de salud pública del presente plan - a ser implementadas por cada uno de los territorios - buscan ser completas e integrales, por lo cual, se articulan con las apuestas del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 (PDSP), y el plan decenal que le sucederá, para intervenir de manera exitosa los determinantes sociales de la salud de las personas, familias y comunidades que habitan en el campo

28 El mapa incluye los municipios PDET, así como el listado de municipios definidos como rurales dispersos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

colombiano (véase sección 4). Se incorporarán, así mismo, las apuestas contempladas dentro del plan decenal de salud pública 2022-2032.

Cada una de estas herramientas de política (i.e. LES, PDSP, PND y PAIS) parten por reconocer la necesidad de adoptar un enfoque de derechos, territorial, étnico y de género en todas las estrategias o intervenciones que se diseñen, con el fin de promover el mejoramiento y mantenimiento del estado de salud de los colombianos, y reducir las brechas poblacionales y territoriales del país. Los enfoques diferenciales señalan condiciones o acciones requeridas de manera especial para garantizar el ejercicio de derechos y la inclusión de ciudadanos, en consideración a características poblacionales o sociales. En general, los enfoques diferenciales deben hacer parte de la planeación de toda política pública, no como factor para segmentar sino para garantizar que aquellos con esas características diferenciales sean efectivamente incluidos en el conjunto de la población, y que esa característica sea considerada para el diseño de la intervención.

Bajo este mismo espíritu, cada una de las estrategias del PNSR adopta de manera integral todos los enfoques diferenciales que se señalan en el Acuerdo Final. Por ello, dentro del PNSR son priorizados: (i) el enfoque de género, para cerrar las brechas sociales y económicas entre mujeres y hombres en estos territorios²⁹; (ii) la priorización de niños, niñas y adolescentes, para la promoción y protección de sus derechos; (iii) el de envejecimiento y vejez que debe mejorar la protección y atención de las personas adultas mayores³⁰; (iv) la inclusión social de las personas con discapacidad, que tienen barreras aumentadas en la zona rural por accesibilidad, disponibilidad de servicios y movilidad; (v) la protección y garantía de los derechos de la población de personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas; y, (vi) el enfoque étnico y la adecuación intercultural de las intervenciones cuando se trabaja con comunidades o grupos étnicos reconocidos.

Las estrategias que se enuncian a continuación buscan promover acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, acorde con las características socioculturales, geográficas y poblacionales, en el que además se incorpore la medicina propia y saberes ancestrales cuando se trate de grupos étnicos, de acuerdo con los sistemas propios reconocidos en el Decreto 1953 de 2014 para grupos indígenas³¹. La implementación de las estrategias del PNSR es responsabilidad, en primera instancia, de los actores del SGSSS, en concordancia con las competencias establecidas en la normatividad vigente. Cabe anotar, sin embargo, la necesidad de la acción coordinada entre todos los sectores, en reconocimiento de los determinantes sociales de la salud³². Si se quiere garantizar

29 Actualmente, las mujeres ocupan más tiempo que los hombres en actividades no remuneradas que aumentan dependencia y dificultades para educación y otras opciones laborales (DANE, Medición de Economía del Cuidado, Boletín de Prensa ENUT, 2013).

30 De acuerdo con la encuesta SABE tienen los menores niveles educativos (30% ninguno y 7% básica secundaria), en su mayoría pertenecen al régimen subsidiado (74,5%), tienen los menores ingresos (76,9% < 1SMLMV), que provienen de trabajo propio o subsidios del Estado (MSPS & COLCIENCIAS, 2016, pág. 476).

31 “Decreto por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución Política” (Decreto 1953, 2014).

32 El estado de salud de las personas no sólo es el resultado de las atenciones en salud, sino también de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven y envejecen. Son justamente los

el mejoramiento y mantenimiento de la salud de la población de la zona rural, es imprescindible reconocer la corresponsabilidad de todos los actores. La Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas (OMS, 2010) destaca la importancia de incluir la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas en todos los sectores y en todos los niveles de gobierno. Finalmente, en esta misma línea y en el espíritu del Acuerdo Final, es importante destacar el carácter participativo del proceso, y con ello, el compromiso de las comunidades y diferentes sectores de la sociedad en el proceso de concertación e implementación del Plan, siendo los Planes de Acción para la Transformación Regional (PATR) uno de los principales insumos para tal efecto.

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

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

Las adaptaciones al sistema en mención deberán incluir un mayor énfasis en la atención primaria en salud, la atención extramural, el uso de tecnologías que permitan superar las barreras de acceso, como la telemedicina, y la incorporación del enfoque biopsicosocial en la atención en salud. El fortalecimiento de la red de prestación en estos territorios, vía inversión en infraestructura y complementariedad con redes externas, es también crucial, pero deberá tener en cuenta las posibilidades de sostenimiento fiscal y hacerse en compañía de una estrategia extramural robusta.

Para tal efecto, el sistema de salud podrá organizarse por regiones en reconocimiento de las distintas interacciones y flujos que se dan entre personas y comunidades con ocasión de la atención en salud y los determinantes sociales y ambientales de la salud. Esta regionalización puede trascender de las divisiones político-administrativas, pero de ningún modo alterará la estructura y funcionamiento de la descentralización en salud. Servirá, eso sí, para orientar la organización de redes, la operación del aseguramiento y las labores de inspección y vigilancia.

La atención primaria en salud debe ser el mecanismo de articulación de las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad. Todas las personas y familias deberán estar adscritos a un prestador primario y a un EMS con enfoque de salud familiar y comunitaria. En este EMS se integran diversos especialistas, profesionales, técnicos y gestores

determinantes sociales de la salud los que explican las inequidades poblacionales y territoriales que se observan no solo en Colombia, sino a nivel mundial (OMS, 2009).

comunitarios en salud, de acuerdo a la disponibilidad de los diferentes perfiles y de acuerdo a la situación de salud. El grupo nuclear de este EMS está integrado por médicos, enfermeros, odontólogos, técnicos en salud y gestores comunitarios en salud y un grupo transversal, complementa y apoya la atención y gestión de varios Grupos Nucleares acorde a la situación de salud, condiciones de la red de servicios de salud, disponibilidad de THS y dispersión poblacional de cada territorio. En cada Grupo transversal pueden participar personas con diferentes perfiles (especialistas, profesiones y ocupaciones) dentro de los cuales se encuentran los especialistas en medicina familiar, los cuales pueden apoyar el cuidado de la salud en los momentos que se requieran, como parte del proceso colaborativo en la atención de zonas rurales.

Es imperativo también un ajuste de la operación del aseguramiento, con la posibilidad de definir una reducción en el número de aseguradores para los departamentos con territorios dispersos, así como un mecanismo financiero que garantice el manejo integral, el flujo de recursos del sector y mayor vigilancia y control sobre la planeación y ejecución de los recursos del sector salud. El fortalecimiento de la participación comunitaria, atendiendo a sus particularidades demográficas y su condición étnica y cultural, debe ser también un elemento importante en los ajustes a considerar para estas zonas; para ello la labor de construcción de iniciativas comunitarias en los PDET, constituye un precedente valioso y que se incorpora a la planeación acá descrita.

Para materializar el propósito de consolidar modelos diferenciales de salud para las distintas zonas rurales se hace necesario avanzar en los siguientes elementos estratégicos: la caracterización de la población, la adaptación territorial de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); la gestión integral del riesgo en salud; el desarrollo de redes integradas de prestación de servicio, incluyendo el desarrollo del prestador primario; la alineación con los procesos derivados de los PDET.

6.1.1. Caracterización de la población

El desarrollo de cualquier modelo dependerá de una adecuada gestión de la información. Por ello, las aseguradoras, de conformidad con la Resolución 1536 de 2015, tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y, sobre esta base, definir en coordinación con las entidades territoriales las acciones promocionales y preventivas que tendrán que desarrollarse en sus respectivos territorios. Paralelamente, las entidades territoriales tendrán que avanzar en los análisis de situación de salud para orientar el desarrollo del modelo diferencial de salud.

6.1.2. Adaptación e implementación de RIAS

Las RIAS constituyen un mecanismo que articula e integra gran parte de los requerimientos planteados en las iniciativas PDET (Ver sección 2 del documento). En tanto ordena la gestión sectorial e intersectorial para la atención e intervenciones en salud, constituye un mecanismo que permite responder de manera estructurada a lo que, a primera vista, parecen iniciativas aisladas.

Las rutas definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención de las personas y familias, a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo; las acciones necesarias para promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la

discapacidad y paliación (Resolución 3202, 2016)³³. Para el proceso de formulación e implementación del PNSR, se promoverá la adaptación gradual en el territorio e implementación progresiva a lo largo de 4 años de las RIAS en cada territorio, acorde a las características culturales, sociales de las personas y de la oferta de servicios de salud, incluyendo a la medicina tradicional³⁴.

Es justamente dentro de estas rutas en donde se materializan los enfoques diferenciales. Por un lado, el desarrollo de las RIAS parte por identificar grupos de riesgo, entre los que se encuentran, por ejemplo, población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas (población que enfrenta eventos como, violencia de género o violencia relacionada con el conflicto armado, por ejemplo), población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento (p.ej. depresión, suicidio, demencia), población con riesgo o infecciones (p.ej. dengue, malaria, VIH, sífilis), población en condición materno – perinatal (p.ej. bajo peso, hemorragias, enfermedades congénitas y metabólicas genéticas), entre otras. Por otro lado, las rutas promueven la adecuación de las atenciones en salud - tanto individuales como colectivas - de acuerdo con las condiciones particulares de las personas y comunidades, destacando, por ejemplo, la adecuación intercultural para atender población indígena, negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, así como capacitación al talento humano para atender a la población LGBTI.

6.1.3. Gestión Integral del Riesgo en Salud

La PAIS establece como una de sus apuestas centrales adelantar la gestión del riesgo en salud desde el ámbito colectivo (entidad territorial) e individual (EAPB y red de prestación de servicios de salud), así como el riesgo financiero que se derive del riesgo en salud. Esto implica el desarrollo de una estrategia que permita anticiparse al desarrollo de enfermedades o que, de presentarse permita su detección y tratamiento tempranos.

De esta forma, resulta útil la propuesta de prediseño de un modelo de salud para La Guajira adelantado por la Universidad Javeriana y su Instituto de Salud Pública³⁵, en el sentido de convocar a actores sectoriales y extra sectoriales del SGSSS para identificar las condiciones de vida de la población (en este caso rural) para, por esta vía estratificar su riesgo y definir acciones integrales y efectivas para eliminar los riesgos, disminuirlos o mitigarlos.

La gestión del riesgo es precisamente la que articula el esfuerzo que se hace desde el aseguramiento, la prestación de servicios, las acciones en salud pública y el reconocimiento de los determinantes sociales y ambientales de la salud en un esfuerzo coherente. Para tal efecto, ya el MSPS ha identificado 16 grupos de riesgo, clasificación que se adopta en el presente Plan también.

33 Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud. Resolución 3202 de 2016.

34 También debe preverse el desarrollo de nuevas Rutas, en cuyo caso, existe un Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, que se puede utilizar para su diseño, implementación, monitoreo y evaluación.

35 Ver Ariza et.al, 2017. “Resultados del Pre-Diseño y Costeo del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) de La Guajira”. Documento Técnico ISP/DT 1789F-16. Pontificia Universidad Javeriana/Instituto de Salud Pública.

Aunque un cúmulo importante de obligaciones deriva del accionar del Estado y de los agentes del SGSSS, lo cierto es que la gestión del riesgo parte también de la responsabilidad individual, en particular de las medidas de autocuidado establecidos en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno- perinatal. Será esencial, por tanto, también atender las recomendaciones dadas por el personal de salud como parte gestión integral del riesgo, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras que puedan afectar la salud.

6.1.4. Redes integradas de prestación de servicios

Los modelos de salud que se desarrollen para áreas que contienen zonas rurales deberán implementar las redes integradas de prestación de servicios, según lo contemplado en la sección 6.3 del presente plan. De particular relevancia en el contexto rural será el llamado a que estas redes impulsen el uso de la telesalud, atención de consulta y hospitalización domiciliaria.

6.1.5. Alineación del Modelo con las Iniciativas PDET

Las direcciones territoriales de salud identificarán las necesidades y potencialidades poblacionales y territoriales³⁶. Para tal efecto, dichas direcciones usarán como insumo, entre otras, las iniciativas contempladas en los PDET que son técnica y financieramente viables, según se establecerá en los Planes de Acción de los PDET que para tal propósito han venido diseñando las entidades territoriales. En este punto será esencial que las acciones de salud pública se integren y coordinen con las de manejo individual del riesgo, en particular mediante el fortalecimiento de las actividades extramurales y el incremento de la resolutivez del primer nivel, para lo cual es necesario la conformación de equipos básicos de salud y la dotación de los centros de atención.

Con el apoyo de la ART³⁷ y la Consejería para la Estabilización (o quien haga sus veces), se instará al territorio para que de conformidad con su conocimiento técnico identifique la viabilidad de las iniciativas PDET y construya, como resultado, un plan de acción PDET para su ejecución. Dicho plan, deberá ser incorporado en las distintas herramientas de planeación locales, entre ellas los Planes de Acción MAITE, los Planes de Intervenciones Colectivas y, cuando posible, en los Planes Territoriales de Salud. Por esta vía, el Ministerio hará seguimiento a los planes de trabajo elaborados junto con las Direcciones Territoriales de Salud, para lo cual se sostendrán mesas permanentes de interlocución con las entidades territoriales del nivel departamental y municipal en el marco de la planeación PDET. Se tendrá en cuenta para tal efecto la Hoja de Ruta Única que, como lo establece el artículo 281 del PND, se configura como una herramienta que articula todos los instrumentos de planeación derivados del Acuerdo Final con los programas sectoriales y territoriales.

Dada la particular complejidad que supone el desarrollo de infraestructura en salud, el MSPS y la ART han elaborado una herramienta para la priorización y planeación en esta materia: la herramienta permite identificar en qué estado de la planeación se encuentra la respectiva iniciativa (por ejemplo si se cuenta con las condiciones legales del predio, si está en concordancia

36 A partir del Análisis de la Situación de Salud Territorial-ASIS.

37 La normatividad que rige a la ART se establece en los Decretos 2366 de 2015, 2096 de 2016, 2107 de 2019 y Decreto 1223 de 2020.

con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización y el Plan Bienal de Inversiones) y, por ende, cuáles son las acciones a realizar para su materialización (Anexo 4).

6.1.6. Participación y salud de base comunitaria (VSPC):

La participación comunitaria trasciende de la mera formulación de las iniciativas PDET en salud; en las zonas rurales con baja densidad de personal de salud, se trata de convertir a las comunidades también en agentes de salud. No sorprende, de hecho, que un número significativo de iniciativas PDET (268), se centren sobre el fortalecimiento de capacidades y espacios de participación comunitarias.

En efecto, para promover la detección temprana de potenciales situaciones de interés en salud pública, por parte de la comunidad, se buscará generar capacidades en líderes y grupos, con lo cual se podrá identificar y reportar eventos y/o rumores, para su posterior análisis y gestión por parte de las autoridades locales de salud. En este sentido, se promoverá la conformación de redes o nodos comunitarios, que vía su capacitación contribuirán a la identificación y localización de eventos inusuales en salud³⁸. Siguiendo una lógica similar tal como se señalará más adelante se promoverá la rehabilitación física y psicosocial de base comunitaria en las zonas rurales y se buscará, en general, fomentar la contratación y operación de gestores comunitarios de salud, que hagan parte de los equipos de atención extramural en articulación con aseguradoras, entidades territoriales e IPS.

6.2. Aseguramiento en la zona rural

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

Con el fin de garantizar el aseguramiento universal a los ciudadanos del ámbito rural del país, en línea con la construcción del Modelo Especial de Salud (Acuerdo Final, punto 1.3.2.1) y la Política de Atención Integral en Salud – PAIS (Resolución 2626 de 2019), se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Fortalecimiento de las capacidades de gestión de las entidades territoriales. Se brindará asistencia técnica a las entidades territoriales, de conformidad con los lineamientos que expida a nivel nacional en esta materia, priorizando los territorios con mayores índices de necesidades insatisfechas y más afectados por el conflicto armado, con el fin de mejorar su capacidad de gestión colectiva del riesgo. Para ello, se desarrollarán herramientas y capacitaciones que le permitan a la entidad territorial: (i) identificar, analizar e intervenir riesgos colectivos en salud del territorio bajo su jurisdicción; (ii) comunicar el riesgo a la población y analizar la percepción que ésta tiene del mismo; (iii) promover jornadas de afiliación al SGSSS en las zonas de mayor ruralidad y mayor

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

dispersión poblacional, valiéndose de las herramientas contempladas para tal efecto en el Decreto 064 de 2020; (iv) construir el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) robusto y que responda de manera efectiva a los determinantes proximales y distales de la salud de la población de su territorio; (v) Implementar el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), con énfasis en zonas rurales y rurales dispersas; y, (vi) articular y coordinar de manera efectiva a los agentes del sistema y de los demás sectores que tengan a su cargo directa o indirectamente acciones en salud, para dar respuestas a las necesidades y problemas de salud de la población de su jurisdicción.

2. Organización del aseguramiento que facilite la gestión del riesgo en salud: se promoverá la racionalización del número de aseguradoras que operen en las zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión geográfica de la población de tal forma que se facilite la articulación de las atenciones en salud individuales y colectivas que responsabilidad de las Entidades Territoriales. En efecto, el PND 2018-2022 establece explícitamente que “se evaluará la necesidad de establecer un único operador del aseguramiento en zonas con población dispersa” (2019, p.228).

Así mismo, se establecerán los requisitos técnicos de operación para la habilitación de los aseguradores, entre ellos, aquellos que operen en el ámbito rural. Esto incluye, condiciones en materia de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, en concordancia con las líneas de acciones que se definen para el nuevo modelo especial de salud (p.ej. demanda inducida, telemedicina, equipos extramurales).

3. Fortalecimiento del rol del asegurador: Se desarrollarán herramientas para fortalecer la capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica de las aseguradoras que operen en las zonas rurales, para la gestión individual de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás integrantes del Sistema, así como la gestión de riesgo financiero. Para ello será esencial también fortalecer las labores de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y entidades territoriales.

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

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

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

oferta de salud a las comunidades en los ámbitos rurales y dispersos, a través del fortalecimiento de la capacidad instalada, la formación de profesionales, técnicos y auxiliares de salud en los territorios más vulnerables y el fortalecimiento de redes integrales de prestadores de servicios de salud.

6.3.1. Fortalecimiento de la infraestructura

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

Para lograr lo anterior, en línea con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el PND y de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 762 de 2017 y en las Resoluciones 2514 de 2012, 1877, 1985 y 4015 de 2013 y 2626 de 2019, se proponen las siguientes líneas de acción:

1. Identificación de las necesidades en salud en los territorios priorizados: Las secretarías de salud (municipales, departamentales y distritales) participarán en los ejercicios de identificación de necesidades en salud de la población, y en particular en el proceso de análisis de las necesidades que sean manifestadas por las comunidades de los territorios bajo su jurisdicción. Un elemento crucial en este aspecto son las iniciativas PDET en infraestructura, las cuales deberán ser analizadas a la luz de la herramienta diseñada para tal efecto.
2. Identificación y caracterización de las necesidades locales de oferta de servicios de salud: Para ello, cada entidad territorial: (i) Analizará la prestación de servicios y la capacidad instalada actual del territorio, y con ello, elaborará un proyecto de diagnóstico de la oferta para el área seleccionada. Para ello, la entidad territorial deberá: a. analizar el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (PTRRM de ESE); b. definir los determinantes que afectan la capacidad instalada (p.ej. tiempo de desplazamiento a la unidad de salud más cercana, vías de acceso, y otras descritas en el Análisis de la Situación de Salud del municipio –ASIS, etc); y c. analizar el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y la infraestructura actual e inventario de su estado, así como del estado de la dotación de los puntos de atención; (ii) Analizará la demanda de servicios de salud en el territorio bajo su jurisdicción y elaborará un diagnóstico de la demanda para el área seleccionada. Para ello, la entidad territorial deberá tener en cuenta el diagnóstico de la situación de salud del municipio, así como el perfil epidemiológico de la población bajo su jurisdicción. En el caso de los municipios priorizados por el Decreto 893 de 2017, la Entidad Territorial deberá estudiar las necesidades identificadas en el proceso de construcción de los PDET, que coordina la ART. En el marco de lo anterior, se deberá

también realizar un análisis de georreferenciación de la población, a partir de fuentes tales como DANE, SISBEN, RLPCD³⁹ y RUAF.

3. Preparación de las iniciativas a presentar ante el MSPS para concepto técnico de pertinencia. Para ello, la entidad territorial: (i) Elaborará la propuesta de necesidades de infraestructura y dotación, según tipología de prestación de servicios, tras análisis de oferta vs demanda; (ii) Priorizará las necesidades de oferta de prestación de servicios de salud identificadas; (iii) Incluirá las necesidades de inversión priorizadas en los PTRRM y presentará las necesidades de inversión de oferta de prestación de servicios de salud priorizadas ante los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS); e (iv) Incluirá las necesidades priorizadas en los Planes Bienales de Inversión en Salud (PBIS).
4. Formulación de proyectos de inversión en infraestructura y dotación hospitalaria. Para ello, las ESE deberán presentar el proyecto de inversión aprobado en el PBIS (correspondiente a las iniciativas priorizadas) ante la entidad territorial departamental o distrital, para su correspondiente viabilidad, cuando aplique. Una vez viabilizado por la entidad territorial, el proyecto deberá ser remitido al MSPS para su evaluación y concepto técnico de viabilidad, en caso de requerirse de acuerdo con la normatividad vigente⁴⁰. Al respecto, cabe aclarar con cargo a recursos del SGR todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas podrán formular proyectos de inversión de conformidad con la reglamentación que se establezca para tal efecto.
5. Disposición de recursos para la ejecución de los proyectos de inversión de infraestructura y dotación que cuenten concepto técnico de viabilidad del MSPS, y ejecución de los proyectos. Las fuentes de financiamiento que se dispongan para el efecto por parte de la Nación, las entidades territoriales, la cooperación internacional, los privados (en el caso del mecanismo de obras por impuestos) conforme a lo señalado en el marco de los PDET, permitirán el desarrollo articulado y armonizado de las inversiones para la ejecución de los proyectos viabilizados en los respectivos PBIS, y harán parte del Banco de Proyectos para la instrumentalización del Plan de Acción para la Transformación Regional (PATR) de cada PDET (Decreto 893, 2017).
6. Una vez el proyecto haya sido ejecutado, se procederá a la habilitación de los servicios de salud a ser prestados en la infraestructura construida, a ser operada por la respectiva ESE, conforme las normas vigentes del sistema único de habilitación a cargo de las Secretarías de salud (en particular la Resolución 3100 de 2019), teniendo en cuenta las correspondientes adecuaciones para personas con discapacidad, personas adultas mayores y víctimas de violencias, así como el enfoque diferencial étnico contemplado en la citada norma, en caso de municipios con población indígena, Rrom o NARP (negra, afrocolombiana, raizal y palenquera) para efectos de la adecuación intercultural de los

39 Registro para la Localización y Caracterización de Personas con discapacidad.

40 En la presentación del proyecto la entidad territorial, conforme la asistencia técnica brindada por este Ministerio ya debe contemplar cuál es la fuente de financiación a la que se aplica (OCAD, OCAD PAZ, Cofinanciación con recursos de Minsalud, obras por impuestos). Cada uno de esos mecanismos tiene sus procedimientos, pero en todas, la precondition es contar con la viabilidad del Ministerio.

servicios de salud que vayan a ser prestados en la infraestructura construida de conformidad con dichos requerimientos.

En atención a las particularidades de la ruralidad y con el objetivo de facilitar los procesos de desarrollo de infraestructura y dotación allí, el MSPS realizó el ajuste y actualización de la norma de habilitación anterior, atendiendo a las necesidades y oferta disponible de los distintos territorios.

7. Generación de capacidades para la construcción y el fortalecimiento de puestos y centros de salud: se brindará asistencia técnica a nivel departamental para promover inversión - por parte de los territorios - para la construcción y fortalecimiento de centros y puestos de salud que estimen necesarios dentro del diagnóstico de necesidades realizados por las respectivas entidades territoriales de salud, teniendo en cuenta la Resolución 953 de 2019, en donde se contempla como uno de los criterios de asignación de recursos del PGN para proyectos de inversión en salud el estar incluidos en municipios priorizados en el Plan Nacional de Salud Rural.
8. Fortalecimiento de las capacidades de registro y seguimiento: se espera contar a 2022 con un Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) fortalecido, con el fin de mejorar la calidad de la información y, por esta vía, la capacidad de seguimiento del MSPS a la infraestructura local, en particular de aquella que de manera autónoma desarrollan las entidades territoriales. Esto permitirá fortalecer los resultados de los indicadores asociados a infraestructura en salud, donde las entidades territoriales aportan de forma significativa.

6.3.2. Formación y gestión del talento humano en salud

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

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

1. Identificación de necesidades de talento humano en salud en los territorios: Las entidades territoriales, con el acompañamiento del MSPS, identificarán y analizarán la disponibilidad, necesidad y condiciones de ejercicio y desempeño del talento humano en salud de los municipios rurales, priorizando los territorios PDET. A partir de ello, se generarán o fortalecerán estrategias para mejorar la disponibilidad, la formación, la capacidad resolutoria y las condiciones laborales de los perfiles técnicos, tecnológicos, profesionales y especializados que trabajan en el área de la salud de acuerdo con los lineamientos de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, MSPS.
2. Conformación de Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS): En cada entidad territorial las EAPB, a través de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS),

en coordinación con las respectivas Secretarías de Salud, planearán y gestionarán el talento humano en salud disponible en los territorios Rurales, para su organización y funcionamiento en EMS, de acuerdo con los lineamientos del MSPS. Estos EMS, entre otros, serán los encargados de diseñar e implementar planes de cuidado primario, integrando acciones personales, familiares y comunitarias. Por su parte, los lineamientos de EMS, incluirán: (i) criterios para estimar las necesidades cuantitativas y cualitativas de talento humano; (ii) el reconocimiento, armonización e integración de los agentes comunitarios y los sabedores(as) tradicionales – ancestrales de acuerdo con las condiciones de los territorios; (iii) las orientaciones para que el talento humano en salud disponible se organice y funcione como Equipo de Salud con las adecuaciones necesarias para las zonas rurales. El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará lineamientos estableciendo las características de un EMS tipo para zonas rurales.

Teniendo como referencia las políticas en salud nacionales e internacionales, y los modelos de atención adoptados por los prestadores de servicios de salud, EAPB o ET, el especialista en medicina familiar asesora a los profesionales de medicina y otros profesionales de los EMS como primer especialista inter-consultante durante el proceso de atención en salud de la población adscrita. Ello con el fin de garantizar e implementar, con la mejor evidencia disponible, procesos de gestión clínica y de gestión del riesgo, para aportar a un adecuado mantenimiento de la salud, una mejor resolutivez, racionalidad, calidad, integralidad, y continuidad de la atención en salud, durante el proceso salud enfermedad con enfoque diferencial en los cursos de vida y los determinantes sociales de salud según las especificaciones de las RIAS.

3. Gestión de procesos de diálogo de saberes⁴¹, formación permanente, técnica y profesional en salud: se gestionará desde el MSPS, y de manera coordinada con el sector educativo, los gremios y las entidades territoriales, los procesos de diálogo de saberes y de formación y desarrollo continuo del talento humano en salud requerido en la organización de los EMS. Las Entidades Territoriales podrán gestionar recursos financieros de diferentes fuentes (Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, transferencias, cooperación internacional, Sistema General de Regalías, recursos propios, entre otros), para desarrollar incentivos, becas y estímulos, para la formación de ocupaciones, profesionales y especialistas que sean requeridos para garantizar la conformación de EMS y suficiencia de talento humano en salud para la garantía del derecho a la salud.
4. Implementación, por parte de las IPS públicas, privadas y mixtas, de planes de capacitación permanente, inducción y re-inducción: el MSPS desarrollará orientaciones para que las IPS fortalezcan en sus instituciones los procesos de formación continua, dirigidos al talento humano que se desempeña a nivel asistencial y administrativo en zonas rurales. Lo anterior tendrá como objetivo facilitar y fortalecer la integración del personal a la cultura organizacional, contextualizar social y culturalmente al talento humano,

41 Los diálogos de saberes son espacios de encuentros intencionales y voluntarios, donde es posible establecer vínculos de confianza, relaciones y prácticas solidarias y colaborativas, explorar y reflexionar sobre las concepciones y prácticas del otro, compartir valores y reconocer al otro como actor, así como valorar la diferencia y conciliar las divergencias. Es la interacción horizontal y solidaria ente personas; es una alternativa pedagógica y una posibilidad de aprendizaje a partir de la interacción con el otro (Agudelo y Estupiñán, 2009; García, 2013).

suministrar la información necesaria para el cumplimiento de sus deberes y desarrollar en ellos habilidades de trabajo en equipo, competencias asistenciales con enfoque intercultural e interprofesional, gerenciales y de servicio público para atender de manera efectiva a la población que habita en las zonas rurales del país.

5. Desarrollo de estrategias para mejorar la disponibilidad, condiciones de trabajo digno y retención del talento humano en salud en zonas rurales: el MSPS orientará y acompañará a las Entidades Territoriales para que en acuerdo con los demás actores del SGSSS y otros sectores, desarrollen estrategias o mecanismos para incrementar la disponibilidad y retención del Talento Humano en Salud - THS en zonas rurales. Estas podrán incluir, ente otras iniciativas, el fortalecimiento del Servicio Social Obligatorio creando nuevas plazas y la inclusión de nuevos perfiles de talento humano en salud para su desarrollo; la generación de propuestas de incentivos para que el THS permanezca, regrese o decida trabajar en zonas rurales; la gestión de condiciones de trabajo digno prioritariamente para el personal sanitario que labore en estas zonas, así como mecanismos dirigidos a generar incentivos que aumenten la disponibilidad y la retención de profesionales y técnicos en salud en las zonas rurales del país; la vinculación laboral en condiciones dignas y la generación de propuestas que permitan vincular a las Instituciones de Educación Superior e Institución de formación para el trabajo y desarrollo humano en la formación de THS para y en las zonas rurales.

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

Las redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS) son un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido (Numeral 3.7 del artículo 3 de la Resolución 1441 de 2016).

Las entidades autorizadas de la operación del aseguramiento son las responsables de la conformación y organización de la red de prestación de servicios de salud para sus afiliados, de habilitarlas, gestionarlas y operarlas en el departamento o distrito donde está autorizado para operar ante los actores correspondientes, según lo establecido en la Resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares y criterios para dicho procedimiento en las Redes. Lo anterior en el entendido de que la articulación entre los actores del SGSSS es fundamental para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud, garantizar la oportunidad en la prestación, asegurar la integralidad en la atención, así como mejorar la resolutivez para la población rural.

El objetivo de este componente es garantizar que las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas cumplan con una organización donde se garantice el proceso de atención en salud, teniendo en cuenta las condiciones y características de la población en términos geográficos, económicos y sociales, de conformidad con la oferta disponible y requerida para la atención de la población, en concordancia con la normatividad vigente al respecto (Resolución 1441 de 2016). Para lograr lo anterior, se proponen como líneas de acción:

1. Fortalecimiento de capacidades de evaluación en territorio: se promoverá en las entidades territoriales departamentales y distritales competentes, con municipios ubicados en las zonas rurales, el fortalecimiento de la gestión a cargo para evaluar las propuestas de red de las entidades autorizadas de la operación del aseguramiento, su

habilitación, vigilancia y control. Para ello, el MSPS brindará la asistencia técnica necesaria a las entidades territoriales que lo requieran. Para otorgar la habilitación a las RIPSS propuestas por las entidades autorizadas de la operación del aseguramiento, las referidas entidades territoriales deberán analizar y verificar el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación establecido en la Resolución 1441 de 2016.

2. Fortalecimiento de capacidades de vigilancia: se desarrollarán y fortalecerán los instrumentos de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), la cual, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de la presente resolución. Las entidades departamentales, distritales y municipales de Salud podrán generar y comunicar alertas a la SNS, con el fin de que esta proceda a realizar las acciones pertinentes.
3. Mantenimiento de las condiciones de accesibilidad, continuidad e integralidad de las RIPSS: Las entidades autorizadas de la operación del aseguramiento deberán realizar las novedades y el cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia en los prestadores que conforman la RIPSS habilitada, de acuerdo a los requerimientos tanto a las necesidades de la población como las modificaciones en términos de servicios. Para ello, las entidades departamentales y distritales deberán gestionar las novedades presentadas por cada una de las entidades autorizadas de la operación del aseguramiento (p.ej. retiro de un prestador de la red habilitada) a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), desarrollado y administrado por el MSPS. Todo lo anterior conforme a las disposiciones de la Resolución 1441 de 2016. Así mismo, se promoverá el uso, la consulta y la integración en los sistemas de información y análisis de: (I) El Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad –RLCPD; y (II) El Registro único de víctimas del conflicto armado –RUV.
4. Mejoramiento de los servicios de salud que prestan los hospitales públicos: Se promoverá en entidades departamentales y distritales de salud, con municipios ubicados en las zonas rurales, la actualización y adecuación del desarrollo de servicios de las Empresas Sociales del Estado en los PTRRMR (Ley 1450 de 2011, art. 156), acorde a las condiciones y necesidades de sus territorios, y en concordancia con lo establecido en la Ley 1966 de 2019. De igual forma, en línea con lo establecido en el PND se adelantará un *“plan de acción inmediato para los hospitales públicos, con el fin de identificar las necesidades en infraestructura, dotación, calidad, talento humano y sostenibilidad. Se aplicará un modelo diferencial de acuerdo con las necesidades identificadas y la priorización que defina MinSalud”* (DNP; 2019, p. 30), estrategia denominada Acción Integral (AI) Hospital. Este contemplará, entre otros, algunos hospitales de municipios PDET y hospitales que sirven de referencia para municipios PDET y permitirá avanzar en la línea de infraestructura de MAITE y, por esta vía, en algunas de las iniciativas de infraestructura y dotación de los PATR.

6.4. Estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto

La calidad de vida y salud de la población son el resultado de un proceso complejo de varios componentes. El fortalecimiento de los procesos y de los entornos existentes en salud es una necesidad imperiosa para la construcción de oportunidades de desarrollo. Dado que los entornos para la acción intersectorial requieren movilización social, es necesario el compromiso en los territorios y el de todos los sectores de la sociedad⁴². Se requiere entonces de una visión integral de las políticas públicas, que abogue por mejorar la calidad de vida de la población y la reducción de las brechas territoriales y poblacionales (OMS, 2010).

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

6.4.1. Salud materna y salud infantil

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

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

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

1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial: el MSPS brindará la asistencia técnica necesaria a las entidades territoriales y demás actores del sistema que lo requieran para la implementación y adaptación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención materno perinatal. Las rutas

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

incluyen atenciones que responden a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de género, como, por ejemplo, intervenciones que promueven la autonomía reproductiva, la planeación de la gestación, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, entre otras. Las rutas también incluyen la adaptación de las acciones a contextos rurales y étnicos, como la incorporación de hogares de paso para mujeres rurales, y la articulación con los agentes de la medicina tradicional.

2. Mejoramiento del acceso a los servicios de salud materna y salud infantil con enfoque diferencial: lo anterior, por medio de (i) trabajo articulado con parteras y otros agentes comunitarios de la medicina tradicional; (ii) disposición de esquemas adecuados de transporte comunitario, adecuación intercultural de servicios y hogares de paso; y, (iii) fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, por medio de un trabajo coordinado con autoridades indígenas, afrodescendientes y grupos de mujeres, jóvenes, parteras y otros, para el empoderamiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior permitirá, por ejemplo, la identificación temprana de maternas y con ello, promover el inicio de control prenatal en el primer trimestre de gestación. En este sentido, se propone la implementación y expansión de estrategias validadas y aplicadas en contextos de Ruralidad y Etnicidad como la de *Trabajando con Mujeres Individuos Familia y Comunidad* (MIFC) (OMS, 2010), respaldada por la OMS.
3. Mejoramiento de la capacidad y calidad de los servicios de salud materna y salud infantil: para ello, se dotará a Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) de insumos y equipos básicos en salud sexual y reproductiva, de comprobada eficacia para reducir la mortalidad materna perinatal en contextos rurales, como, por ejemplo, balones hemostáticos para el control de la hemorragia post parto, trajes antichoque, entre otros. Así mismo, se entrenará a los profesionales y técnicos que conforman estos EMS, bajo escenarios de simulación, seguimiento a la aplicación de guías y protocolos, y otras prácticas de seguridad clínica.
4. Reducción del embarazo infantil y adolescente, desde un enfoque de derechos y de género: para ello se implementará el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en las zonas rurales, de manera que se garantice el acceso a las intervenciones colectivas e individuales allí propuestas para los adolescentes y jóvenes, respetando las prácticas culturales de los grupos étnicos, y garantizando los ajustes razonables para la participación de adolescentes y jóvenes con discapacidad. También se buscará desde el sector salud aumentar la disponibilidad y el acceso de anticonceptivos de larga duración en los servicios de salud de las zonas rurales del país. Lo anterior, por medio de ajustes en los incentivos en la relación entre el asegurado y el prestador, políticas de control de precios para el canal institucional y para la venta al público en farmacias, entre otras medidas. De manera complementaria, se promoverán acciones que afecten directamente el marco de determinantes sociales del embarazo en adolescentes. En este sentido, se buscará promover con otros sectores la transformación de normatividades culturales que inciden en los roles de género, el aumento de tasas de permanencia escolar en niñas de las zonas rurales del país, el impulso a proyectos de emprendimiento empresariales y culturales para adolescentes y jóvenes, entre otras. Se hará particular énfasis sobre el grupo etario, 10 a 14 años, el único grupo que ha experimentado un aumento en el número de nacimientos entre 2016 y 2017 (Fuente Estadísticas vitales DANE).

5. Desarrollo de casas de paso maternas y otras estrategias para mejorar el acceso, la oportunidad, seguimiento y humanización de los servicios de atención en el embarazo, parto y puerperio, con el fin de impactar la mortalidad materno-perinatal. Estas estrategias se concertarán con los actores sociales del territorio, para ubicar su localización estratégica, articular recursos humanos y financieros con diferentes sectores, así como articularlas en la implementación de las rutas integrales de atención en salud.
6. Concertación de protocolos interculturales con los grupos étnicos, para adecuar la atención integral en salud materna y salud infantil: de conformidad con los procesos de concertación que se llevan a cabo para el desarrollo del SISPI y el desarrollo de lineamientos de adecuación intercultural para poblaciones afrocolombianas.

6.4.2. Seguridad alimentaria y nutricional

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

En este sentido, el Acuerdo Final señala la necesidad de crear un Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación Sana, Nutritiva y Culturalmente Adecuada, con el propósito de erradicar el hambre, fomentar la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos de calidad nutricional en cantidad suficiente; enmarcando los siguientes enfoques: territorial, de derechos y diferencial étnico y género. Dando respuesta a lo anterior y teniendo en cuenta la Evaluación institucional y de resultados de la Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (DNP, 2015), desde la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) se adelantarán los respectivos ajustes normativos requeridos. Lo anterior sobre la base del PND que, en el pacto por la equidad, apartado D, objetivo 4, indica que se establecerá un mecanismo de articulación y gobernanza multinivel en torno a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), el cual contempla ajustes en el diseño institucional para promover el desarrollo de capacidades locales para gestionar las políticas de SAN y promover la participación de la sociedad civil organizada y del sector privado en el diseño y ejecución.

De igual forma, en respuesta a lo anterior, y en el marco de las competencias del sector salud, la PAIS, el desarrollo de las RIAS, los cuales comparten enfoques desde su concepción hasta la implementación, y del Modelo de Salud Especial que se cree, se proponen las siguientes líneas de acción:

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

2. Promoción de la alimentación saludable en la población rural: se generarán y fortalecerán las capacidades en alimentación saludable, en donde se involucra la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, la alimentación complementaria, aumento en el consumo de frutas y verduras, y la disminución del consumo de alimentos procesados y ultra procesados. Lo anterior, a través de diferentes herramientas de información, educación y comunicación, tales como las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos y reducción del consumo de nutrientes de interés en salud pública específicamente grasas, sodios y azúcares, lo que permitirá, por ejemplo, mejorar la calidad de la dieta y por ende de la situación nutricional de la población que habita la zona rural del país.
3. Apoyar la consolidación de un mecanismo de articulación y gobernanza multinivel en torno a la SAN (sistema de garantía progresiva del derecho humano a la alimentación).
4. Apoyo en el rediseño de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional en el marco del sistema de garantía progresiva del derecho humano a la alimentación.
5. Acompañar técnicamente a los entes territoriales en la creación de los Consejos Territoriales para el Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación (SGPDA).
6. Acompañar técnicamente la construcción de los planes territoriales de GPDA en articulación con los otros planes nacionales sectoriales de la Reforma Rural Integral en particular de educación, y producción agropecuaria.

Es de anotar que estas líneas de acción buscan la articulación de las intervenciones individuales y colectivas, y están dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, de acuerdo con su momento de curso de vida, y se materializan en los entornos donde viven, transitan y se desarrollan. A su vez, cabe precisar que estas acciones se enmarcan dentro de otro de los 16 Planes de la Reforma Rural Integral, especialmente el denominado “Sistema para la Garantía del Derecho Progresivo a la Alimentación”, a cargo de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN)⁴³.

6.4.3. Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición

El punto cinco del Acuerdo Final relacionado con las víctimas del conflicto armado, contempla la creación de un Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición, con el que el Estado pretende garantizar la definición de mecanismos y creación de instituciones que garanticen los derechos de las víctimas, partiendo del reconocimiento de las víctimas como ciudadanos con derechos como su principal principio. El punto 5 tiene un alcance nacional, por lo que acá se menciona en función de las disposiciones más relevantes para la ruralidad.

De acuerdo con lo definido en el punto 5 del Acuerdo frente a la rehabilitación psicosocial, el MSPS ha venido liderando la construcción del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para

43 CONPES 3932 de 2018. Lineamientos para la articulación del Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final con los instrumentos de planeación, programación y seguimiento a políticas públicas del orden nacional y territorial.

la Convivencia y la No Repetición, en conjunto con la Unidad para las Víctimas, la Agencia para la Reincorporación y la Normalización y el Centro Nacional de Memoria Histórica – CNMH-, cuyo objetivo general consiste en “desarrollar medidas de rehabilitación psicosocial y atención en salud física y mental de individuos, familias y comunidades afectadas por el conflicto armado, que contribuyan a la construcción de convivencia y garantías de no repetición, conforme a lo definido en el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera.”

Las entidades involucradas decidieron incorporar en el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, tanto las medidas de recuperación emocional a nivel individual a las que hace referencia el AFP, como lo mencionado frente a los componentes colectivo y comunitario; de igual manera, genera e integra una línea que busca la articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia y Reparación.

Teniendo en cuenta el estado actual de la rehabilitación psicosocial y las comprensiones conceptuales acordadas por las cuatro instituciones intervinientes, se establecen los objetivos, la justificación y el alcance del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, y se definen como líneas y acciones estratégicas las siguientes: 1) la primera línea del Plan tiene como objetivo establecer procesos de articulación con los mecanismos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición; 2) la segunda línea hace referencia a las medidas para la recuperación emocional individual; y, 3) la tercera, desarrollar las medidas de rehabilitación psicosocial comunitaria y colectiva.

En particular la línea estratégica 2, medidas para la recuperación emocional individual, busca aunar esfuerzos sectoriales e intersectoriales para el fortalecimiento de la oferta institucional vigente de atención psicosocial y atención integral en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado, así como para el acompañamiento psicosocial a excombatientes en proceso de reincorporación o reintegración. En esta línea se plantean actividades para las siguientes acciones estratégicas: i) Fortalecer la oferta atención psicosocial y en salud a víctimas del conflicto armado; ii) Fortalecer el acompañamiento psicosocial a excombatientes; y, iii) Articular acciones con el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).

Frente al PNSR se desarrollará acciones encaminadas a: i) ampliar gradualmente la implementación de la atención psicosocial a víctimas en zonas rurales y/o apartadas, buscando que dicho proceso esté articulado con la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, de tal manera que se llegue a los territorios y poblaciones más afectadas por el conflicto armado; ii) brindar asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud para gestionar recursos de concurrencia que permitan el fortalecimiento del PAPSIVI en las entidades territoriales, orientando su implementación en zonas rurales y rurales dispersas; iii) diseñar e implementar acciones que permitan articular la atención y acompañamiento psicosocial con las estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto, conforme a lo dispuesto en el Plan Nacional de Salud Rural.

En la línea estrategia 3, se proyecta avanzar en el diseño e implementación de estrategias de rehabilitación psicosocial comunitaria para la convivencia y no repetición, buscando convocar y trabajar de forma colaborativa con todos los grupos poblacionales presentes en el territorio desde una perspectiva de relacionamiento plural, influyente y democrático, la resolución o trámite de conflictos, el ejercicio de la ciudadanía, la construcción de un futuro compartido dentro de lo social, lo político, económico y lo cultural entre todos los actores que confluyen en las comunidades.

6.4.4. Atención integral al consumidor de drogas ilícitas

El problema de consumo de drogas ilícitas es reconocido en el Acuerdo Final como un fenómeno de carácter multicausal, que requiere de una política de promoción en salud y prevención, atención integral e inclusión social, con especial énfasis en los niños, niñas y adolescentes (punto 4.2). En esta línea el acuerdo establece: i) creación de instancia de alto nivel; ii) creación del sistema nacional de atención a personas de drogas ilícitas; iii) Revisión y ajuste participativo de la política pública frente al consumo de drogas ilícitas; iv) Planes de acción participativos con enfoque territorial y poblacional, v) evaluación y seguimiento de las acciones que se adelantan en materia de consumo; y, vi) generación de evidencia en materia de consumo. Frente a lo anterior, el MSPS avanzará en:

1. La gestión nacional y territorial: el MSPS avanzó durante el año 2018 en el proceso de formulación participativa de la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, adoptada mediante la Resolución 089 de 2019, así como en la formulación de la Política Nacional de Salud Mental (Res 4886 de 2018) con el objetivo de garantizar la atención integral de las personas, familias y comunidades con riesgos y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, mediante propuesta programáticas continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos. De acuerdo con la metodología socializada en los talleres realizados en el marco del lanzamiento de la política, los departamentos deben construir los planes de acción con sus municipios, adaptándolo a las necesidades territoriales y reconociendo lo propuesto en las iniciativas PDET sobre esta temática.

La Política se desarrolla a través de los siguientes ejes de acción:

- a. Fortalecimiento de factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- b. Prevención de factores de los riesgos frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- c. Tratamiento integral.
- d. Rehabilitación integral e Inclusión Social.
- e. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

En el marco de estos compromisos y de las competencias del sector salud, se proponen los siguientes procesos orientados a la gestión nacional y territorial:

- i. Realización de diagnóstico de la situación local de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- ii. Fortalecimiento de los Consejos territoriales de salud mental y Comités de Drogas.
- iii. Adopción y adaptación poblacional y territorial de la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política Nacional de Salud Mental.
- iv. Definición de prioridades y estrategias de implementación por ejes y líneas de acción de las políticas.

- v. Implementación de la Políticas a través de los Planes de Desarrollo Territorial, Planes Territoriales de Salud, y otros planes del sector salud, con participación social.
 - vi. Construcción de planes de acción participativos con asignación de recursos específicos orientados a viabilizar las estrategias priorizadas.
 - vii. Construcción de alianzas sectoriales, intersectoriales, académicas y comunitarias para gestionar los resultados que en salud y bienestar demanda las personas y sus redes de apoyo.
 - viii. Evaluación y seguimiento que evidencie los resultados de la política pública en el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.
 - ix. Participación social en todo el proceso de gestión de la política nacional salud mental y política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.
2. Mejoramiento del acceso y la calidad de servicios de atención: (i) Se buscará el mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios de atención, expresado en el aumento de los mismos a las personas consumidoras en zonas rurales; (ii) Promoverá el ejercicio de prácticas basadas en evidencia científica; (iii) Fortalecerán las capacidades de los equipos de salud, redes de usuarios, familias y comunidades; y, (iii) Fortalecerá la calidad de la atención sanitaria con servicios sociales que promuevan la inclusión social, disminuyendo el estigma y discriminación diferenciados por grupos poblacionales, género y etnia. Lo anterior incluye la capacitación del talento humano para que desarrollen capacidades para la atención con enfoque diferencial, así como la adecuación de los servicios para responder a las necesidades particulares de la población con discapacidad, las mujeres, la población con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas y a los grupos étnicos.
 3. Generación de conocimiento para el análisis de las situaciones y dinámicas locales de consumo de sustancias psicoactivas: (i) Sistematizarán los aprendizajes y buenas prácticas identificadas en el ámbito territorial en torno a la prevención del consumo; (ii) Promoverán las investigaciones centradas en las personas que contribuyan a la construcción de evidencia nacional y a la toma de decisiones para el reajuste de la política e intervenciones en promoción de la salud, prevención, atención y reducción de riesgos y daños; y, (ii) Desarrollarán mecanismos de comunicación, difusión y divulgación de las acciones, investigación y evidencia generada a las comunidades científicas y la comunidad, en los ámbitos internacional y departamental.

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

Las condiciones que determinan la calidad de vida, como la vulnerabilidad social y ambiental, presentan importantes diferencias en zonas rurales respecto a las zonas urbanas. Mientras el porcentaje de hogares con acceso a acueducto es del 97,6% en zonas urbanas (i.e. cabeceras), en las zonas rurales (i.e. centros poblados y rural disperso) la cobertura es del 62% (ECV, 2017). La brecha es incluso mayor en el caso del porcentaje de hogares con acceso a alcantarillado:

92,9% en zonas urbanas vs 24,0% en zonas rurales (Ibid). En este sentido, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP (2012 – 2021) hace un llamado al abordaje intersectorial de la salud ambiental, a la luz de la necesidad de intervenir los determinantes sociales y ambientales de la salud, en pro de mejorar las condiciones de vida y salud, así como la disminución de la brecha entre el campo y la ciudad.

En la misma línea, el Acuerdo Final establece el desarrollo sostenible como principio de implementación de lo acordado en el Punto 1 (Hacia un nuevo Campo Colombiano: Reforma Rural Integral), al señalar la necesidad de promover en la zona rural un desarrollo ambiental y socialmente sostenible, con particular énfasis en la protección y promoción del acceso al agua, dentro de una concepción ordenada del territorio, en el marco de las disposiciones del Decreto 1898 de 2016.

En el marco de las competencias del sector salud, la coordinación intersectorial en los Consejos Territoriales de Salud Ambiental (COTSA), se articularán y se crearán sinergias para la implementación de las siguientes líneas de acción:

1. Gestión integral intersectorial de la salud ambiental: Para la intervención de los diferentes determinantes relacionados con los componentes de la salud ambiental (i.e. agua y saneamiento básico, aire y salud, gestión integral de la zoonosis, variabilidad y cambio climático, habitabilidad, seguridad química y residuos peligrosos), se promoverán ejercicios de caracterización social y ambiental con el fin de identificar los principales determinantes de la salud ambiental en cada territorio, para lo cual el MSPS brindará la asistencia técnica necesaria a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Así mismo, con base en la caracterización mencionada, se promoverán procesos de planeación, ejecución, seguimiento de los proyectos que benefician a las comunidades rurales, en coordinación con los diferentes sectores (i.e. vivienda, ambiente, educación, minas y energía, entre otros). Para lo anterior, el MSPS y las DTS adaptarán las herramientas educativas y de planeación que hacen parte de la Estrategia de Entornos Saludables (Conpes 3550 de 2008⁴⁴), incluyendo la adaptación de estas herramientas para el trabajo coordinado con los distintos grupos étnicos.
2. Fortalecimiento de las capacidades de vigilancia diferencial del agua utilizada para el consumo humano: Se priorizarán las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta los niveles de acceso al agua para consumo humano y la normatividad vigente en relación con la vigilancia del agua en las zonas rurales del país (véase Decreto 1898 de 2016⁴⁵). En particular, se promoverá: (i) Los lineamientos de vigilancia diferencial del agua para consumo humano en las zonas rurales, en el marco del esquema diferencial “Aprovisionamiento potable”, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1898 de 2016, vía asistencia técnica desde el orden nacional; (ii) el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial para la implementación de la vigilancia diferencial, desarrollando capacidades a la autoridad sanitaria vía

44 Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.

45 Por el cual se adiciona el Título 7, Capítulo 1, a la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1077 de 2015, que reglamenta parcialmente el artículo 18 de la Ley 1753 de 2015, en lo referente a esquemas diferenciales para la prestación de los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo en zonas rurales.

asistencia técnica desde el orden nacional; y, (iii) la implementación de intervenciones en todos los entornos para promover, (a) la vacunación antirrábica y otras enfermedades inmunoprevenibles como encefalitis equina venezolana, carbón bacteriano, leptospirosis y brucelosis bovina, (b) el control de la natalidad de perros y gatos, (c) el bienestar animal, y (d) la notificación de eventos zoonóticos de interés en salud pública.

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

Las líneas de acción en mención se desarrollarán de manera articulada con el “Programa Nacional de Agua Potable en el marco del PDSP y el Plan Sectorial de Agua Potable y Saneamiento Básico del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio.

6.4.6. Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)

Las ETV y zoonosis son consideradas como eventos de interés en salud pública por su aporte a la carga económica y social en la población colombiana generada por su morbilidad, mortalidad y discapacidad, en particular en los territorios rurales y rurales dispersos.

En la atención de las ETV y las Zoonosis, cuya operación es responsabilidad de Departamentos y Municipios, se debe garantizar las atenciones poblacionales, colectivas e individuales en los individuos expuestos, sus familias o comunidades. En las zonas rurales, las enfermedades que predominan son las parasitarias, como malaria, leishmaniasis y la enfermedad de Chagas, con cerca de 12 millones de personas en riesgo. Estos son problemas prioritarios de salud pública a nivel rural, con un comportamiento endemo-epidémico persistente y con amplia dispersión y patrones variables de intensidad de la transmisión. A nivel departamental, distrital y municipal se debe identificar los focos con presencia de casos de ETV con el fin de elaborar la micro planificación de intervenciones para el control de éstos. Para ello, es necesario fortalecer las redes integrales de prestación de servicios con el fin de garantizar las acciones de detección, tratamiento, investigación, así como de respuesta desde la promoción y prevención en las comunidades. Esto se deberá evidenciar en los planes estratégicos y de interrupción de la transmisión que implementarán las Entidades Territoriales⁴⁶.

46 El fundamento que orienta las acciones en esta materia está incluido en el anexo técnico de la Resolución 966 de 2019 “Lineamiento para la asignación y ejecución de transferencias nacionales de funcionamiento 2019 y otras consideraciones para la operación del programa de enfermedades transmitidas por vectores - ETV y zoonosis”.

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

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

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

Tabla 1. Indicadores trazadores para hacer seguimiento al PNSR

Indicador	Descripción	Periodicidad / Fuente	Línea de base (año)	Meta (año)
(i) Cobertura del aseguramiento en 170 municipios PDET	Indicador compuesto: Media aritmética de la cobertura del aseguramiento de los 170 municipios PDET (cobertura en el aseguramiento medido como la razón entre número de individuos del municipio x afiliados a una EAPB y el tamaño poblacional de ese municipio x).	Anual/BDUA (MSPS)	80% (2018)	90% (2031)
(ii) Porcentaje de proyectos de inversión en infraestructura en salud y dotación hospitalaria en municipios PDET, asistidos técnicamente por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS	Con el fin de generar condiciones que mejoren el estado de salud de las personas, familias y comunidades de municipios priorizados en el Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET, el MSPS le brindará asesoría y asistencia técnica a las Entidades Territoriales de Salud para la viabilización de proyectos de inversión en infraestructura en salud y dotación hospitalaria en dichos municipios, de manera que incidan en el fortalecimiento de las redes integrales de prestadores de servicios de salud en dichos territorios, de acuerdo con lo definido en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de Empresas Sociales del Estado -ESE, los recursos y las competencias establecidas en la normatividad vigente.	Anual / Dirección de Prestación de Servicios y APS (MSPS)	100% (2018)	100% (2022)
(iii) Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 habitantes en municipios rurales	"Número de personas inscritas en ReTHUS que realizan cotizaciones a la seguridad social en salud a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) en el municipio + número de plazas de servicios social Obligatorio Asignadas) / Población total del municipio según proyecciones del DANE * 10.000	Anual/ Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud y Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria (MSPS)	28,66 (2018)	31 (2022)
(iv) Razón de mortalidad materna a 42	Número de muertes maternas - a 42 días - por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa del país	Anual / EEVV (MSPS)	80 (2016)	50 (2028)

días en el área rural dispersa				
(v) Cobertura vacunación DPT - en municipios PDET	DPT hace referencia a Difteria, Polio y Tetanos. Porcentaje (%) de niños menores de 1 año con terceras dosis.	Anual / PAI (MSPS)	87% (2017)	95% (2026)
(vi) Porcentaje (%) de nacidos vivos con cuatro o más consultas de atención prenatal en zona rural	Número de nacidos vivos, en zona rural, con cuatro o más consultas de atención prenatal, dividido entre el total de nacidos vivos durante el año bajo estudio.	EEVV - DANE (MSPS)	81% (2016)	85% (2022)
(vii) A.34 Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en territorios definidos en el respectivo plan	(Sumatoria de proyectos construidos, mejorados o mixtos en municipios priorizados en el Plan Nacional de Salud Rural/ Sumatoria de proyectos de construcción, mejoramiento o mixtos financiados o cofinanciados con recursos del Presupuesto General de la Nación u otras fuentes, en municipios priorizados en el Plan Nacional de Salud Rural) *100.	Anual / Dirección de Prestación de Servicios y APS (MSPS)	19% (2016)	23% (2031)
(viii) A.34P Porcentaje de centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET	(Sumatoria de proyectos construidos, mejorados o mixtos en municipios PDET/ Sumatoria de proyectos de construcción, mejoramiento o mixtos financiados o cofinanciados con recursos del Presupuesto General de la Nación u otras fuentes, en municipios PDET) *100.	Anual / Dirección de Prestación de Servicios y APS (MSPS)	19% (2016)	23% (2026)
(viii) A.423 Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementado	Sumatoria de Informes de la implementación del Sistema de Seguimiento para la Calidad	Anual / Oficina de Calidad	0 (2016)	14 (2031)
(ix) A.37 Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas	(Número de entidades departamentales donde se ubican los municipios definidos en la Política de Atención Integral en Salud como pertenecientes al ámbito disperso que cumplieron con las metas anuales definidas en la descripción en relación con el avance de ejecución del Plan de Acción del Modelo de Acción Integral Territorial/Número de entidades departamentales donde se ubican los municipios definidos dentro del ámbito disperso según la Política de Atención Integral en Salud) *100	Anual / Viceministerio de Salud pública	0 (2016)	100% (2021)
(x) A.387 Porcentaje de territorios	(Número de entidades departamentales donde se ubican los municipios definidos en la Política de Atención Integral en Salud	Anual / Viceministerio de Salud pública	0 (2016)	100% (2021)

definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales	como pertenecientes al ámbito rural que cumplieron con las metas anuales definidas en la descripción en relación con el avance de ejecución del “plan de acción”- del Modelo de Acción Integral Territorial/Número de entidades departamentales donde se ubican los municipios definidos dentro del ámbito rural según la Política de Atención Integral en Salud.) *100			
---	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia. El MSPS es responsable de hacer seguimiento a estos indicadores, siendo 2017 el año de inicio y el año fin 2031. El establecimiento de líneas base en fechas distintas obedece a la disponibilidad de información para la medición de los indicadores.

*La línea de base de estos dos indicadores se establecerá de la mano con las entidades territoriales.

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

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

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

7. Responsabilidades de los agentes del sector salud

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales vigentes para cada agente del SGSSS, y en particular con las contenidas en el PDSP 2012-2021, corresponde al MSPS y a los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, así como a las entidades territoriales (incluye a los Distritos de acuerdo con el artículo 45 de la Ley 715 de 2001), asumir las siguientes responsabilidades frente al presente plan:

7.1. De la Nación:

- i. Armonizar el PNSR con el PDSP 2012-2021 y el PDSP 2022-2032, los Planes Nacionales de Desarrollo, las políticas públicas nacionales y territoriales.

- ii. Promover, en el marco de sus competencias, las acciones de gestión diferencial, poblacional y territorial definidas en el presente documento.
- iii. Diseñar lineamientos para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en el contexto rural y rural disperso.
- iv. Desarrollar el proceso de asistencia técnica territorial a zonas rurales del territorio nacional en los temas y acciones que implique la puesta en operación del PNSR.
- v. Construcción junto con los grupos indígenas del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) y de lineamientos de enfoque diferencial.
- vi. Coordinar y alinear las acciones que desde los diferentes sectores se programen sobre la intervención a los determinantes sociales y ambientales en salud.
- vii. Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas dirigidas a las zonas rurales del país.
- viii. Aunar esfuerzos intersectoriales para el mejoramiento de los resultados en salud en las zonas rurales del país.
- ix. Realizar seguimiento, evaluación y actualización de los objetivos y las acciones del PNSR.
- x. Alineación de las intervenciones sectoriales con las iniciativas PDET en salud.

7.2. De los departamentos:

- i. Actualizar y divulgar los ASIS, así como de la aplicación de la estrategia PASE a la equidad en salud.
- ii. Ajustar, articular y armonizar los Planes Territoriales de Salud y demás herramientas de planeación con el PNSR.
- iii. Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas territoriales dirigidas a las zonas rurales del país.
- iv. Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.
- v. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los agentes del sistema.
- vi. Promover la conformación de nodos y líderes comunitarios orientados en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública.

- vii. Realizar seguimiento periódico al PNSR.
- viii. Asegurar la concurrencia a los municipios de categorías 4, 5 y 6, de conformidad con la normatividad vigente para el logro de los objetivos del PNSR.
- ix. Ajustar, articular y armonizar las iniciativas de prestación de servicios en salud con el PTRRM de redes de las ESE-, el PBIS, y el Plan Financiero Territorial.
- x. Formular y validar la propuesta de fortalecimiento de la infraestructura y dotación en salud en zonas rurales y realizar su inscripción en el PBIS.
- xi. Actualizar el plan financiero de la entidad territorial conforme a los ajustes que se realicen en el PTRRM.
- xii. Revisar, ajustar y habilitar las redes integrales de prestadores de servicios de salud del departamento.
- xiii. Fortalecer los equipos de promoción social para desarrollar las acciones de gestión diferencial territorial y poblacional, en particular la aplicación de la Circular 011 de 2018, así como la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial en la gestión y atención en salud de la población víctima del conflicto armado.
- xiv. Planificar y gestionar los EMS, los procesos de inducción y reinducción del Talento Humano en Salud, así como la definición de estrategias para asegurar su disponibilidad, condiciones de trabajo digno y retención, realizando asistencia técnica y seguimiento a la conformación de los EMS que están a cargo de las EPS y las RIPSS.
- xv. Desarrollar capacidades de gobernanza en salud de los diferentes agentes del sistema EPS e IPS.
- xvi. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.
- xvii. Asesorar y acompañar a los municipios en los mecanismos de afiliación de la Población Pobre No Asegurada.
- xviii. Coordinar con el municipio y las EPS la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud.

7.3. De los municipios

- i. Realizar, actualizar y divulgar los ASIS.
- ii. Ajustar, articular y armonizar el Plan Territorial de Salud con el PNSR.
- iii. Promover la inclusión de la salud y el bienestar como componentes esenciales en todas las políticas públicas territoriales dirigidas a las zonas rurales.

- iv. Definir de forma coordinada y articulada con los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios las necesidades de prestación de servicios y de capacidad instalada.
- v. Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.
- vi. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos.
- vii. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los agentes del sistema.
- viii. Promover la conformación de nodos y líderes comunitarios orientados en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública de base comunitaria sobre eventos en salud pública.
- ix. Revisar el PTRRM y solicitar y sustentar ante el respectivo Departamento eventuales ajustes al mismo.
- x. Gestionar apoyo técnico y concurrencia del departamento para el desarrollo de las líneas estratégicas del actual PNSR.
- xi. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial, contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del PNSR.
- xii. Promover la conformación de EMS, así como la definición de estrategias para asegurar la adecuada suficiencia, condiciones laborales dignas y retención del Talento Humano en Salud.
- xiii. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas, para la implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.
- xiv. Promover acciones que garanticen la afiliación de la población Pobre No Afiliada al Sistema.

7.4. De las Entidades Promotoras en Salud – EPS - o quienes hagan sus veces

- i. Realizar la caracterización de la población afiliada.
- ii. Definir los grupos de riesgo.
- iii. Participar en la adopción y adaptación del PNSR en el territorio.

- iv. Participar y apoyar en la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, según le corresponda.
- v. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de toda la población en el territorio.
- vi. Diseñar y hacer operativa su Red Prestadora de Servicios de Salud.
- vii. Adoptar las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- viii. Elaborar estrategias de disminución progresiva de barreras de acceso a los servicios de salud.
- ix. Desarrollar capacidades del Talento humano para responder a la situación de salud de su población.
- x. Liderar la planificación y la gestión de EMS de las RIPSS.
- xi. Participar en los espacios donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.

7.5. De las Instituciones Prestadoras de Salud

- i. Participar en la adopción y adaptación del PNSR en el territorio.
- ii. Participar en el proceso de implementación, seguimiento y evaluación del PNSR.
- iii. Articular con las Entidades Promotoras de Servicios EPS o entidades que hagan sus veces, el municipio y el departamento, la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de atención primaria en salud.
- iv. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud de toda la población en el territorio.
- v. Fortalecer la participación de los actores comunitarios en el proceso de vigilancia en salud pública de base comunitaria.
- vi. Participar en la planificación y la gestión de EMS, como parte de las RIPSS.
- vii. Participar en los espacios donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.

7.6. De las comunidades

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

7.7. De actores intersectoriales y transeccionales

- i. Articular procesos de participación en la definición, formulación, implementación y evaluación de PNSR.
- ii. Definir y diseñar agendas comunes, normas conjuntas, estrategias y acciones entre los diferentes sectores para promover la salud en todas las políticas transeccionales y comunitarias.
- iii. Coordinar y alinear las acciones que desde los diferentes sectores se programen sobre la intervención a los determinantes sociales y ambientales en salud.
- iv. Monitorear y evaluar las acciones intersectoriales y transeccionales que afecten los determinantes sociales en salud.
- v. Participar en los espacios donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PNSR.

8. Esquema de financiación del Plan

8.1. Fuentes de financiación

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

1. **Nación:** los recursos del PGN de funcionamiento e inversión para el sector Salud y Protección Social se apropian a través de distintos rubros y programas presupuestales. Para las vigencias 2020 (ya surtida) y 2021 los programas de inversión son:
 - i. (1901) Salud pública y prestación de servicios,
 - ii. (1902) Aseguramiento y administración del Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS);

iii. (1903) Inspección, vigilancia y control (IVC);

iv. (1999) Fortalecimiento de la gestión y dirección del Sector Salud y Protección Social.

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

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

2. **OCAD-PAZ:** además de los recursos habituales del Sistema General de Regalías (SGR), se encuentra el OCAD-PAZ, creado por el Acto Legislativo 04 de 2017 y constituyen recursos del SGR, específicamente destinados para la aprobación de proyectos de inversión relacionados con la implementación del Acuerdo Final.
3. **Entidades Territoriales:** las entidades territoriales privilegiarán en su asignación de recursos, aquellos que financian las acciones e intervenciones que propendan por hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las comunidades de las zonas rurales, y que estén destinadas a la atención integral en salud (como las de promoción y prevención, las orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada -dotación e infraestructura- de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, el desarrollo del talento humano, la gestión integral del riesgo, entre otras). Estas acciones e intervenciones serán soportadas en las fuentes regulares de recursos con que cuentan los departamentos, distritos y municipios para el sector salud: el Sistema General de Participaciones (SGP), el Sistema General de Regalías (SGR) y los recursos propios. Todo lo anterior, en armonía con las responsabilidades y competencias de los distintos agentes del sector salud contemplados en el plan.
4. **Obras por impuestos:** la Ley 1943 de 2018, en su artículo 71, establece que los contribuyentes podrán celebrar convenios con las entidades públicas del nivel nacional para el desarrollo de infraestructura o dotación, por los que recibirán a cambio títulos negociables para el pago del impuesto sobre la renta. Los proyectos viabilizados serán escogidos del Banco de Proyectos coordinado por la Agencia para la Renovación del Territorio (ART) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). En este sentido, se espera que esta se constituya en una fuente de financiación, que permita adelantar las inversiones en infraestructura y dotación, en el marco del PNSR.
5. **Cooperación internacional:** a través de proyectos con la cooperación internacional, se buscará la implementación de acciones que impulsen las estrategias planteadas en el presente plan. Diversos socios de la Banca Multilateral, el Sistema de Naciones Unidas y países, así como organizaciones privadas podrán hacer contribuciones técnicas y/o financieras encaminadas a tal fin.

A manera de ejemplo y con el propósito de resaltar acciones y acercamientos ya realizados, es de mencionar: *i) Proyecto “Salud para la paz” (UNFPA – OIM – OPS):* encaminado al desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), atención a la infancia y desnutrición en 23 municipios y 14 departamentos que comprenden los 24 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación – ETCR. Este proyecto fue ejecutado en 2018 con importantes resultados en todos sus componentes y se encuentra actualmente en cierre su fase II sumado a una adición de 4.6 millones de dólares para fortalecer la capacidad de respuesta ante los desafíos derivados de la COVID-19 en territorios PDET; actualmente se trabaja en una siguiente fase encaminada a consolidar los logros de fases anteriores en nuevos territorios PDET. *ii) Atención primaria en salud en zonas rurales (Reino de Noruega):* enmarca acciones en temas puntuales como telemedicina, medicina familiar y fortalecimiento en enfermería. El plan de trabajo se encuentra en diseño. *iii) Encuesta sobre el bienestar y la salud en la niñez y adolescencia en Colombia (Centro de control de enfermedades – CDC, OIM, USAID).* Es un instrumento que busca aumentar la capacidad de los organismos locales, nacionales e internacionales para identificar, responder y prevenir factores de riesgo y los diferentes tipos de violencia contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes del país. Dicha encuesta será incorporada al Sistema Nacional de Encuestas, liderado por el Ministerio de Salud y cuenta con un enfoque de posconflicto ya que mediante muestra maestra seleccionó más de 250 municipios, entre los que se incluyen algunos priorizados por el posconflicto. (Decreto 893 de 2017).

8.2. Presupuesto estimado del Plan Nacional de Salud Rural

El **Anexo 2 en la sección 10.2** presenta de manera general los recursos que desde nivel nacional se estima para cada una de las estrategias e indicadores de seguimiento del Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final. En la siguiente tabla se presenta el presupuesto que desde la Nación se ha definido para la implementación del PNSR, este ejercicio buscó, en lo posible, adoptar la metodología general ajustada (MGA) del Departamento Nacional de Planeación (DNP), la cual asocia los productos del PMI con el catálogo de inversión del DNP.

Producto PMI	Código del producto MGA	Producto MGA	Presupuesto PGN - Nación
Centros y puestos de salud con capacidad resolutoria, articulados en redes integrales de prestación de servicios en el marco del Plan de Atención Integral de Salud y demás normatividad vigente	*102 *105 *107 *110	*Infraestructura hospitalaria de nivel 1 construida y dotada *Infraestructura hospitalaria de nivel 1 con reforzamiento estructural *Infraestructura hospitalaria de nivel 2 construida y dotada *Infraestructura hospitalaria de nivel 2 con reforzamiento estructural	Funcionamiento \$68.922.392.583
Centros y puestos de salud con capacidad resolutoria, articulados en redes integrales de prestación de servicios en el marco del Plan de Atención Integral de Salud y demás normatividad vigente Servicios de telemedicina para zonas apartadas	*008	*Servicio de asistencia técnica territorial	Inversión \$4.036.035.236

Talento humano en salud con las competencias requeridas (según el componente primario o complementario) disponible en zonas rurales en el marco del MAITE	*003 *042	*Documentos de lineamientos técnicos *Servicio de capacitación para el trabajo del talento humano en salud	Inversión \$94.505.565
Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas Modelo especial de salud pública para zonas rurales	080	Servicio de formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial	Funcionamiento \$2.863.939.781.277 ⁴⁷
Sistema de seguimiento y evaluación	*008	Servicio de asistencia técnica territorial	\$57.551.000
Total			\$2.937.092.268.135

Si bien, la tabla anterior especifica los recursos que el Gobierno Nacional focalizará para el cumplimiento de las metas establecidas a través de los indicadores de seguimiento del Plan Marco de Implementación, es importante mencionar que el cumplimiento de los mismos depende de la articulación de acciones y la concurrencia de las diferentes fuentes de financiación mencionados en el primer apartado de este capítulo. Así mismo, desde el nivel nacional, a través de los diferentes instrumentos de recolección de información, se reportarán los recursos que a través de las diferentes fuentes contribuyen al cumplimiento de los diferentes compromisos.

47 Nota aclaratoria de cálculo: corresponde a valor de 10% adicional sobre la UPC reconocida en 2017 (según la Liquidación Mensual de Afiliados) para municipios rurales y rurales dispersos, según la clasificación de la Misión para la Transformación del Campo y se otorgó de manera proporcional a la población rural de los municipios en las categorías de ciudades, aglomeraciones e intermedios.

9. Fases de implementación propuestas

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

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

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

1. Diagnóstico participativo: se identificarán las necesidades de los territorios como insumos para concretar e implementar las diferentes acciones propuestas en los componentes estratégicos, a partir de la formulación de la visión de las comunidades para el mediano y largo plazo. Éste reconocerá las características y necesidades sociohistóricas, culturales, ambientales y productivas de la población y su entorno. Para tal efecto, hará parte esencial del análisis las iniciativas en salud contempladas en los PATR, las correspondientes Hojas de Ruta y su respectiva evaluación por parte de la Entidad Territorial, de conformidad con los instrumentos que para tal efecto se definan entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Agencia de Renovación del Territorio - ART.
2. Adopción y adaptación del PNSR a nivel territorial: en atención a la autonomía territorial y las competencias en salud de los departamentos, municipios y distritos, así como a lo consignado en el artículo 281 del PND este plan deberá adaptarse al contexto local y armonizarse con los demás planes y programas para generar acciones coordinadas en el territorio por parte de los diferentes agentes del sistema. Para ello la secuencia metodológica propuesta en la Estrategia “Pase a la Equidad” servirá de base del quehacer de las autoridades locales y nacionales; el Ministerio de Salud y Protección social elaborará con este propósito una guía específica para la incorporación de las iniciativas PDET técnica y financieramente viables.
3. Alistamiento institucional: se identificarán los diferentes involucrados e insumos para la planificación del sector, se realizarán los ajustes institucionales y normativos a que haya lugar para la implementación del plan, y se definirán los compromisos y metas de cada actor para cada componente.

4. Construcción del componente operativo y de inversión: se definirán cronogramas y planes de trabajo para la implementación de las diferentes acciones de los tres componentes. Así mismo, se identificarán las fuentes de financiación para las intervenciones, los respectivos esquemas de cofinanciación nación-territorio y las reglas de operación para recursos de cooperación y responsabilidad social.
5. Implementación de las acciones concretas: se realizará de forma progresiva en todo el ámbito rural, realizando para esto un ejercicio de focalización territorial que haga especial énfasis en los territorios priorizados a través de los criterios establecidos en el punto 1.2.2 del Acuerdo Final y en el Decreto 893 de 2017, por medio de los cuales se priorizaron 170 municipios y 19 departamentos del país, agrupados en 16 subregiones.

Tabla 2. Fases de implementación del PNSR

	Ruta metodológica*	Periodo
Fase 1	Diagnóstico participativo	2018 - 2021
Fase 2	Adopción y adaptación del PNSR a nivel territorial	2021-2022
Fase 3	Alistamiento institucional	2021
Fase 4	Construcción del componente operativo y de inversión	2022
Fase 5	Implementación de las acciones concretas	2022-2035

Fuente: Elaboración propia

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

10. Anexos

10.1. Anexo 1. Implementación territorial del Modelo de Salud Especial

Para el proceso de implementación del Modelo se debe formular y ejecutar un plan de acción territorial, teniendo en cuenta como mínimo las siguientes consideraciones y demás que se definan por parte del MINSALUD:

- i. Formulación de un Plan de Acción Territorial. Se refiere al proceso mediante el cual las entidades departamentales y distritales de salud identifican las prioridades del territorio en cada línea de intervención y especifican los compromisos, productos, indicadores, tiempos de ejecución y responsables. En esta fase se procederá a incorporar los avances realizados en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud en las líneas de acción correspondientes.
- ii. Ejecución del Plan de acción territorial. Etapa en la cual se implementa el plan de acción aprobado por parte de los departamentos y distritos, con el acompañamiento

del Ministerio de Salud y Protección Social. Una vez esté definido el plan de acción, el departamento o distrito trabajará con las autoridades locales para su ejecución.

- iii. Monitoreo y seguimiento del Plan de acción territorial. Durante esta etapa se efectúa la verificación del avance en cada uno de los compromisos. Teniendo en cuenta los resultados que se obtengan, se tomarán las decisiones oportunas para impulsar el logro de las prioridades del Plan.

Ajuste del Plan. Por lo menos una vez al año, el departamento o distrito hará una revisión integral del plan de acción y determinará, cuando haya lugar, la necesidad de realizar las modificaciones que se requieran para garantizar el cumplimiento del mismo.

10.2. Anexo 2. Presupuesto estimado del Plan Nacional de Salud Rural para el periodo 2021-2031

La estimación del presupuesto de PNSR se llevó a cabo teniendo en cuenta los compromisos adquiridos y consignados en el Plan Marco de Implementación (PMI), así como las metas trazadas a las que se ha hecho mención en el presente documento. El Plan cuenta con una estimación de metas y recursos hasta 2031, la cual será revisada de forma periódica por la entidad y podrá complementarse con recursos provenientes de la concurrencia de las Entidades Territoriales. Así, una vez culminado el cuatrienio se hará un balance de los resultados obtenidos en el período anterior. Sobre esta base, y en armonía con el nuevo correspondiente Plan Nacional de Desarrollo que se adopte, se elaborará un plan de acción en el que se definan las nuevas metas cuatrienales de los indicadores asociados al PNSR.

De manera global, se estima que el presupuesto asociado a la implementación del PNSR a 2031 corresponde a \$2,9 billones de pesos (precios constantes 2016).

Tabla 3. Presupuesto estimado 2017-20222017-2031

Indicador	CÓDIGO PRODUCTO MGA	Nombre producto catálogo MGA	Fuente	Presupuesto 2017	Presupuesto 2018	Presupuesto 2019-2031	Presupuesto 2023-2026	Presupuesto 2027-2031
<p>Porcentaje de Centros de salud construidos o mejorados en territorios definidos en el respectivo Plan</p> <p>Porcentaje de Centros de salud construidos o mejorados en municipios PDET</p>	<p>*102 *105 *107 *110</p>	<p>*Infraestructura hospitalaria de nivel 1 construida y dotada</p> <p>*Infraestructura hospitalaria de nivel 1 con reforzamiento estructural</p> <p>*Infraestructura hospitalaria de nivel 2 construida y dotada</p> <p>*Infraestructura hospitalaria de nivel 2 con reforzamiento estructural</p>	<p>PGN Funcionamiento</p>	0	\$ 4.923.392.582,60	\$ 19.692.000.000,00	\$ 19.692.000.000,00	\$ 24.615.000.000,00
<p>Porcentaje de proyectos de inversión en infraestructura en salud y dotación hospitalaria en municipios priorizados</p>	*008	*Servicio de asistencia técnica territorial	<p>PGN *Inversión</p> <p>Nota: estos recursos hacen referencia a los honorarios de las personas (nivel nacional) que</p>	0	\$ 188.035.236,17	\$ 1.184.000.000,00	\$ 1.184.000.000,00	\$ 1.480.000.000,00

<p>PNSR, asistidos técnicamente por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS.</p> <p>Porcentaje de proyectos de inversión en infraestructura en salud y dotación hospitalaria en municipios priorizados PDET, asistidos técnicamente por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS</p> <p>Sedes de prestadores de salud públicos con servicios de salud habilitados en la modalidad de telemedicina en los municipios del Plan</p>			<p>intervienen desde la gestión nacional para el cumplimiento del indicador</p>					
---	--	--	---	--	--	--	--	--

Sedes de prestadores de salud públicos con servicios de salud habilitados en la modalidad de telemedicina en los municipios PDET								
Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 habitantes en municipios rurales Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 habitantes en municipios PDET	*003 *042	*Documentos de lineamientos técnicos *Servicio de capacitación para el trabajo del talento humano en salud	PGN *Inversión Nota: estos recursos hacen referencia a los honorarios de las personas (nivel nacional) que intervienen desde la gestión nacional para el cumplimiento del indicador	0	0	42.002.474	42.002.474	52.503.092
Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales	080	Servicio de formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial	PGN *Funcionamiento	\$ 190.929.318.751	\$ 190.929.318.751	\$ 763.717.275.012	\$ 763.717.275.006	\$ 954.646.593.757

<p>dispersas</p> <p>Porcentaje de territorios definidos en el respectivo plan con modelo especial de salud pública para zonas rurales</p> <p>Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas</p> <p>Porcentaje de municipios PDET con modelo especial de salud pública para zonas rurales</p> <p>Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

rurales dispersas								
Porcentaje de subregiones con modelo especial de salud pública, con enfoque de género, para zonas rurales								
Sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención, implementado	*008	Servicio de asistencia técnica territorial	PGN *Inversión Nota: estos recursos hacen referencia a los honorarios de las personas (nivel nacional) que intervienen desde la gestión nacional para el cumplimiento del indicador	0	0	17.051.000	\$ 18.000.000	\$ 22.500.000
Total Vigencia				\$ 190.929.318.751	\$ 196.040.746.570	\$ 784.652.328.485	\$ 784.653.277.479	\$ 980.816.596.849
Total PNSR recursos PGN nación				\$ 2.937.092.268.135				

10.3. Anexo 3. Iniciativas de salud en municipios PDET

Tabla 4. Iniciativas en salud derivados de los PDET

CONSOLIDADO DE INICIATIVAS PDET PILAR 3. SALUD RURAL		
ESTRATEGIAS Y CATEGORIAS	CANTIDAD	%
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	939	26,6%
Atención integral en salud en modalidad Extramural	303	8,6%
Acceso a servicios especializados	190	5,4%
Atención Integral a problemas y trastornos de la salud mental	141	4,0%
Prevención y Atención Integral del consumo de sustancias psicoactivas	102	2,9%
Entrega de medicamentos	102	2,9%
Atención Integral a personas con discapacidad	101	2,9%
INFRAESTRUCTURA DE SALUD	619	17,6%
Construcción de Puestos y Centros de Salud	296	8,4%
Mejoramiento de Puestos y Centros de Salud	203	5,8%
Construcción de Hospitales	63	1,8%
Mejoramiento de Hospitales	57	1,6%
ENFOQUE ÉTNICO EN SALUD	612	17,4%
Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI	509	14,4%
Modelo de Salud Propia Intercultural para Poblaciones Negras, Afrodescendiente y Palenqueros	103	2,9%
DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA	453	12,8%
Dotación de Equipos	228	6,5%
Dotación de Ambulancias	225	6,4%
TALENTO HUMANO EN SALUD	211	6,0%
Contratación de Profesionales	121	3,4%
Formación	46	1,3%
Contratación de Técnicos	44	1,2%
PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	200	5,7%
Estilos de vida saludable	115	3,3%
Derechos sexuales y Derechos reproductivos	81	2,3%
Valoración integral a la primera infancia (CyD)	2	0,1%
Vacunación	2	0,1%
FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES COMUNITARIAS	162	4,6%
Dotación de Botiquines y Capacitación en Primeros Auxilios	162	4,6%
ASEGURAMIENTO EN SALUD	148	4,2%
Aseguramiento en Salud	148	4,2%
SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	106	3,0%
Participación comunitaria	106	3,0%
GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	76	2,2%
Prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores	76	2,2%
TOTAL	3526	100,0%

Fuente: Agencia de Renovación del Territorio. Datos presentados el 3 de octubre de 2020

10.4. Anexo 4. Herramienta de análisis de iniciativas de infraestructura en PATR

Nro. Iniciativa	Municipio	Tipo	Detalle de la iniciativa	1. ¿La iniciativa de la comunidad es necesaria y es posible? (Si / No)	2. Si anterior es NO: Describa brevemente la justificación?	3. ¿Cuál es la propuesta alternativa?	4. Habilitado en REPS cuando aplique (Si / No/No aplica)	5. Incluido en PTRRM o Programa de Redes* (Si / No/No aplica)	6. Incluido y aprobado en el PBIS vigente? (Si /No/No aplica)	7. Cuenta con viabilidad técnica del Departamento (Si /No/No aplica)	8. Viabilidad Técnica del MSPS (Si / No)

11. Bibliografía

- Acuerdo Final. (2016). Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. Bogotá, Colombia.
- Bertone, M., Samai, M., Edem-Hotah, J., & Witter. (2014). A window of opportunity for reform in post-conflict settings? The case of Human Resources for Health policies in Sierra Leone, 2002–2012. *Conflict and Health*, 8(1), 11. Obtenido de <http://doi.org/10.1186/1752-1505-8-11>
- CNC. (2016). *Zoom CNC Opinión Pública*”. Recuperado el 18 de enero de 2018, de https://docs.wixstatic.com/ugd/c967c2_e5a2bb969e0b4384a91fb9c835500a71.pdf
- DANE. (2013). *Medición de Economía del Cuidado, Boletín de Prensa ENUT*. Obtenido de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ENUT/pres_ENUT_2012_2013.pdf
- DANE. (2015). *Pobreza monetaria y multidimensional: principales resultados 2014*.
- Decreto 1953. (2014). *Decreto por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas* . Bogotá. D.C. : Ministerio del Interior.
- Decreto 893. (2017). *Por medio del cual se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial - PDET*. República de Colombia, Bogotá D.C.
- DNP. (2014). *Bases del Plan Nacional de Desarrollo Nacional 2014-2018 "Todos por un Nuevo País"*. Bogotá D.C.
- DNP. (octubre de 2015). *Evaluación institucional y de resultados de la Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional. Informe de resultados y evaluación (producto 4)*. Obtenido de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/138_InformeFinal.pdf

- ENSIN. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion-lanzamiento-ensin-2015.pdf>
- Family Care International, Inc. (2003). *La atención calificada durante el parto recomendaciones para políticas*. Family Care International. Obtenido de <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf>
- Haar, R. J., & Rubenstein, L. S. (2012). Health in postconflict and fragile states. *US Institute of Peace*.
- Hemily, D. (2010). *Creating opportunities from crisis: Exploring the potential for Post-Conflict Health Care Systems*. Lambert Academic Publishing.
- Hosseinpoor, A., Bergen, N., Koller, T., Prasad, A., & Schlotheuber, A. (2014). Equity-Oriented Monitoring in the context of universal health coverage. *PLoS Med*, 9(11). doi:10.1371/journal.pmed.1001727
- INS. (2017). Morbilidad y mortalidad en los municipios de las Zonas veredales transitorias de normalización y Puntos transitorios de normalización. Colombia, 2008-2015. *Boletín Técnico Interactivo* .
- Kruk, M. E., Freedman, L. L., Anglin, G. A., & Waldman, R. J. (2010). Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Social Science & Medicine*, 70(1),89-97.
- Ley 1438. (2011). *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. República de Colombia, Bogotá D.C.: Congreso de Colombia.
- Ley 1448. (2011). *Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D.C. : Congreso de la República de Colombia.
- Ley 1751. (2015). *Ley Estatutaria en salud. Ley por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. . República de Colombia, Bogotá. D.C. : 16 de febrero de 2015.
- MSPS & COLCIENCIAS. (2016). *Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación, COLCIENCIAS. Universidad del Valle y Universidad de Caldas, Bogotá, D.C.
- MSPS & MVCT. (2018). *Protocolo para la inspección, vigilancia y el control de la calidad del agua para consumo humano en las zonas rurales*. Minisiterios de Salud y Protección Social & Vivienda Ciudad y Territorio. Por publicar.

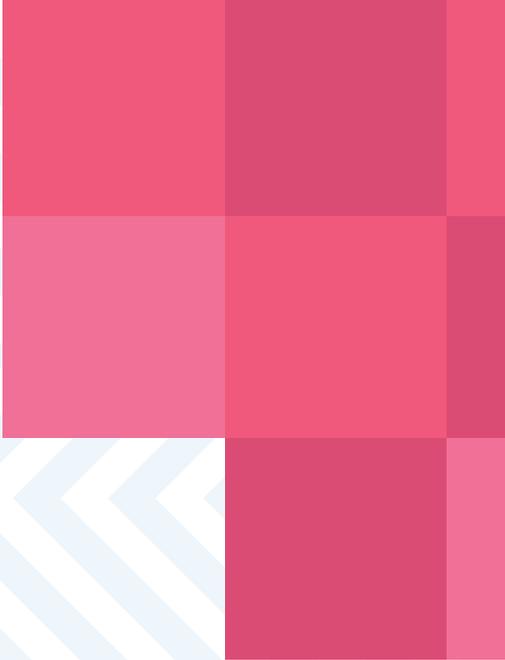
- MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MSPS. (2014). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2014*. Colombia: Ministerio de Salud y protección Social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf
- MSPS. (Octubre de 2016). *Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, EAPB. Dirección de Epidemiología y Demografía*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Guia_caracterizacion_EAPB%20version%20201072014.pdf
- MSPS. (20 de enero de 2016). *Lineamientos metodológicos, técnicos. Estrategia Pase a la Equidad en Salud. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/EPALES_Metodologico.pdf
- MSPS. (Enero de 2016). *Política de Atención Integral en Salud. Un sistema de salud al servicio de la gente*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- MSPS. (28 de diciembre de 2017). *Los 10 grandes avances de la salud en 2016 y 2017*. Recuperado el 18 de enero de 2018, de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-10-grandes-avances-de-la-salud-en-2016-y-2017.aspx>
- MSPS&COLCIENCIAS. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud y Protección Social & COLCIENCIAS . Bogotá, D.C.: Javegraf. Obtenido de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Ocampo, J. A. (2014). *Misión para la transformación del campo: Marco conceptual de la Misión para la Transformación del Campo*. Departamento Nacional de Planeación -DNP, Bogotá.
- OMS. (2009). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 29 de 07 de 2014, de Reducir la mortalidad de los recién nacidos.: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
- OMS. (22 de mayo de 2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. . Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
- OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de

http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1

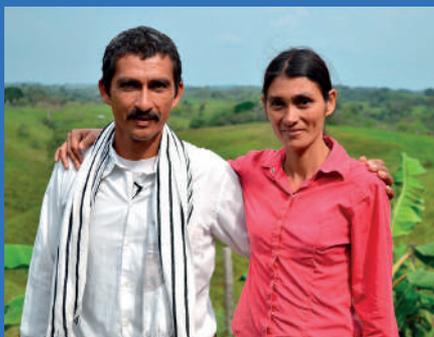
- OMS. (2010). *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud, Departamento Reducir los Riesgos del Embarazo: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/es/
- OMS. (Enero de 2015). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- OMS. (2016). *Estrategia Mundial Recursos Humanos Para la Salud: Personal Sanitario 2030*. 69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 25 de mayo de 2016.
- OMS. (2017). *Documento normativo sobre bajo peso al nacer*. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2016). *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud , con especial énfasis en países de ingresos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2016). *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud , con especial énfasis en países de ingresos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ordoñez, C. C., Manzano-Nunez, R., & Naranjo, M. P. (2018). Casualties of peace: an analysis of casualties admitted to the intensive care unit during the negotiation of the comprehensive Colombian process of peace. *World Journal of Emergency Surgery*, 13(1), 2. Obtenido de <http://doi.org/10.1186/s13017-017-0161-2>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cobertura sanitaria universal*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud , con especial énfasis en países de ingresos*. Washington, D.C.
- Páez, G. N., Franco, C., & Jaramillo, L. F. (2014). *Estudio sobre la Geografía Sanitaria de Colombia: Zonificación para Políticas Públicas en Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20la%20geograf%C3%ADa%20sanitaria%20de%20Colombia.pdf>
- PNUD. (2015). *Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano*. Obtenido de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-_es.pdf
- Resolución 0429 . (2016). *Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud* . Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección Social.

- Resolución 1441. (2016). *Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 2514 . (29 de agosto de 2012). *Por la cual se reglamentan los procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste, seguimiento, ejecución y control de los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud* . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2514-de-2012.PDF>
- Resolución 3202 . (2016). *Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS*. Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección Social.
- Rodríguez Leal, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*, 13(3), 433-447. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130042011>
- Romero, J. F. (2019). *Derecho Fundamental a la Salud*. Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez.
- Ruiz y Zapata. (2016). *Análisis con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2013. en la Política de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social [biblioteca digital]* . Bogotá D.C.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Ediciones.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), 429-445. Obtenido de <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- WHO. (1997). *Health as a Bridge for Peace: Report on the First World Health Organization Consultative Meeting*. Recuperado el 17 de enero de 2017, de World Health Organization: http://www.who.int/hac/techguidance/hbp/strategies_/en/
- Zapata Jaramillo, T., Sánchez, D. P., & Ruiz Gómez, F. (2012). *Medición de inequidades en salud para Colombia. Población rural - urbana*. Bogotá.





¿Qué son los Planes Nacionales Sectoriales?



Son 16 instrumentos de planeación que buscan asegurar por medio de políticas públicas, proyectos, acciones, inversiones, y sustentos jurídicos la superación de la pobreza, la desigualdad, y el cierre de la brecha entre el campo y la ciudad por los próximos 15 años de esta manera alcanzar y garantizar el bienestar de la población rural. Los anteriores, tienen su origen en el Acuerdo de Paz de 2016 y son adoptados por el Gobierno Duque en el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, y la política de Paz con Legalidad.